

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Soeli Teresinha Guerra

**ORGANIZAÇÃO E SEGUIMENTO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, RS
2018

Soeli Teresinha Guerra

**ORGANIZAÇÃO E SEGUIMENTO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS
2018

Guerra, Soeli Teresinha
Organização e seguimento assistencial do Centro de
Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente do
Hospital Universitário de Santa Maria / Soeli Teresinha
Guerra.- 2018.
201 p.; 30 cm

Orientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Organização e administração 2. Sistema único de
saúde 3. Desastres 4. Gestão em saúde 5. Equipe de
assistência ao paciente I. Lima, Suzinara Beatriz Soares
de II. Título.

sistema de geração automática de ficha catalográfica da uvm. dados fornecidos pelo
 autor(s). sob supervisão da direção da divisão de processos técnicos da biblioteca
 central. bibliotecária responsável paula schoenfeldt ratta cta 10/1728.

Soeli Teresinha Guerra

**ORGANIZAÇÃO E SEGUIMENTO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovada em 11 de maio de 2018:

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. UFSM
(Presidente/Orientadora)

Adriane Schmidt Pasqualoto, Dra. UFSM

Alcindo Antonio Ferla, Dr. UFRGS

Elaine Verena Resener, Dra. UFSM

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori, Dra. UFN

AGRADECIMENTOS

Não há porque agradecer
trabalho que não queria ter feito.
Quem dera, ó Deus, na maldade
desse limite, um jeito.
Se couber aqui um pedido:
- Pela vida, menos lágrimas,
mais respeito.

RESUMO

ORGANIZAÇÃO E SEGUIMENTO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTORA: SOELI TERESINHA GUERRA
ORIENTADORA: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA

Esta tese teve como tema a organização de serviços de saúde para a produção do cuidado às pessoas vítimas de desastre. O objeto da investigação foi a implementação de serviços de saúde para a oferta e a continuidade do cuidado das pessoas que vivenciaram um desastre. O objetivo do estudo foi analisar, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de organização e implantação do serviço e de produção do cuidado para o seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da boate Kiss, do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria (CIAVA/HUSM), na perspectiva de trabalhadores e gestores. O caso desta tese foi o planejamento, a criação e a implantação de um serviço para o seguimento do cuidado às vítimas do incêndio na boate Kiss, ocorrido em 2013, na cidade de Santa Maria. Tratou-se de um estudo descritivo e analítico, orientado pela abordagem qualitativa, que teve como sujeitos os gestores e profissionais que tiveram e/ou possuíam algum envolvimento com o desastre da Kiss. Para responder aos objetivos propostos foi realizada uma pesquisa de campo com a utilização da triangulação de dados. Do conteúdo das informações coletadas emergiram duas categorias centrais: 1- estratégias de organização da continuidade do cuidado aos sobreviventes de desastres – o caso da criação do CIAVA; 2- dificuldades e facilidades para a organização do serviço e para a continuidade do cuidado dos sobreviventes do desastre e sua relação com os princípios do SUS – universalidade, integralidade, regionalização e participação. Após a análise, foi possível perceber que a organização do serviço considerou o princípio da garantia do acesso, com a preocupação de que a oferta do serviço alcançasse a integralidade do cuidado, e também a autonomia das pessoas que estavam sendo cuidadas. Dentre as dificuldades, a insuficiência de recursos destaca-se como a de maior impacto, percebida, tanto para estruturação do CIAVA como para a efetivação do seguimento assistencial às vítimas. Foram destaques, dentre as facilidades, o papel do HUSM e da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a implicação dos profissionais, a centralidade do usuário na construção dos fluxos de acesso e as decisões colegiadas. A tese sistematizou a organização da continuidade do cuidado, e a inovação produzida com a criação do CIAVA/HUSM. Com a apresentação dos resultados pretendeu-se que este estudo auxilie outros serviços de saúde, quando se depararem com situações assemelhadas. Descrever como, no caso concreto do desastre da Kiss, estruturou-se o seguimento assistencial busca contribuir para a produção de conhecimento acerca do cuidado em saúde nas situações de desastre.

Palavras-chave: Organização e administração. Sistema único de saúde. Desastres. Gestão em saúde. Equipe da assistência ao paciente. Vítimas de desastres.

ABSTRACT

ORGANIZATION AND CARE FOLLOWING OF THE AMBULATORY CARE CENTER TO ACCIDENT VICTIMS OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTA MARIA

AUTHOR: SOELI TERESINHA GUERRA
ADVISOR: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA

This thesis had how subject the organization of health services to production of the care to the people victims of disasters. The object of investigation was the implementation of health care services, for the offer and continuity of people care, who experienced a disaster. The study aim was analyse, considering the values and guidelines of Unified Health System, the organization of management and care of the service that assisted, to the follow-up, to the victims of the Kiss Boate fire, of the Ambulatory Care Center to Accident Victims (CIAVA) of the University Hospital of Santa Maria (HUSM). The case of this thesis was the process of planning, creation and implementation of a service for the care follow-up to the victims of the Kiss Boate fire. This is a study descriptive and analytic, guided by qualitative approach, that has as subjects the managers and professionals who had and/or have any involvement with the Kiss disaster. To answer the aims proposed, it was performed a field research with data and sources triangulation. Of the content of information, emerged central categories, about service organization and production of the care, the facilities and difficulties in implementation of the continuity of care to the victims of disaster, and in their relationship with the values of Unified Health System – universality, integrality, regionalization and participation. After analysis it was possible perceive that service organization considered, effectively, the value of access guarantee, with preoccupation that offers of the service achieve the integrality of care, and the autonomy of the people that are being caring. Among the difficulties, the insufficiency of sources stands out as the largest of all, perceived to structuring of the CIAVA, and realization of the ambulatory following to the victims. It was highlights, between the facilities, the role of HUSM and Federal University of Santa Maria, the professionals' implication, the centrality in wearers in the construction of flow access and the collegiate decisions. The thesis systematized, the organization of care continuity, and the innovation produced with the creation of the CIAVA/HUSM. With the presentation of the results, it was intended that this study can help other health services that may come across similar. To describe as, is the concrete case of Kiss disaster, was structured the care following seek to contribute to the knowledge production about health care in disaster situations.

Keywords: Organization and Administration. Unified Health System. Disasters. Health Management. Patient Care Team. Disaster Victims.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Seleção dos estudos, LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015	36
Figura 2 – Centro de Comando para situações de desastre	61
Figura 3 – Entrevista com médicos e enfermeiros sobre os efeitos do cianeto produzido pela queima dos materiais da boate.....	83
Figura 4 – Estimativa de atendimentos apresentada ao MS.....	89
Figura 5 – Extrato do Termo de compromisso	92
Figura 6 – Apresentação da folha de rosto do plano de estruturação do CIAVA	98
Figura 7 – Destaque na página do Ministério da Saúde para cadastro de vítimas	103

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1 – Cronologia dos principais incêndios urbanos.....	32
Quadro 2 – Estratégias de busca da pesquisa, LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015	34
Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015	35
Quadro 4 – Resultados dos cruzamentos entre os termos e as bases de dados LILACS, PubMed e MEDLINE.....	36
Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015	37
Quadro 6 – Profissionais envolvidos segundo profissão e especialidades no primeiro e segundo mutirão.....	105
Quadro 7 – Número de sobreviventes agendados, agendados que não compareceram, atendimentos em demanda espontânea e total de sobreviventes atendidos no primeiro, segundo mutirão e no total.	106
Quadro 8 – Atendimentos ambulatoriais de consultas e exames realizados no primeiro, segundo mutirões e o total deles.	107
Quadro 9 – Número de atendimento prestados às vítimas, pelos profissionais do CIAVA, por ano de atividade	119
Quadro 10 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese e unidade de significação que foram categorizados como fluxos de atendimento centrado no serviço	122
Quadro 11 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências e afastamento das demais instâncias do sistema de saúde e dos serviços da rede	124
Quadro 12 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências de recursos.....	126
Quadro 13 – Resumo das despesas com pessoal durante o primeiro ano de atividade do CIAVA	131
Quadro 14 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram inexperiência em trabalho interdisciplinar e interprofissional.....	133
Quadro 15 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a produção do conhecimento como educação permanente.....	135
Quadro 16 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram característica da equipe.....	136
Quadro 17 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram característica da população alvo	139
Quadro 18 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram o envolvimento dos gestores e usuários	140
Quadro 19 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram história e estrutura previa existente no HUSM....	142
Quadro 20 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a inserção e reconfiguração da rede de atenção existente centradas no usuário	145

Quadro 21 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a implicação dos profissionais, o vínculo e responsabilização148

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa sobre a organização e o seguimento assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente do HUSM quanto às variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, participação na decisão e estruturação do centro, instância de vinculação. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....75

Tabela 2 – Distribuição dos sobreviventes do desastre vinculados ao Centro de Atendimento às Vítimas de Acidente quanto às variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade. Santa Maria, RS, Brasil, 2016108

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO ÀS VÍTIMAS DA KISS	164
ANEXO B – SOLICITAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS - BRASIL	172
ANEXO C – SOLICITAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FISIOTERAPIA.	173
ANEXO D – NORMATIVAS EMITIDAS: PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E RESOLUÇÃO CIB/RS	174
ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	185
ANEXO F – RELATÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA VINCULADA AO CIAVA..	188

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	194
APÊNDICE B – APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O GRUPO 1 (GESTORES).....	197
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DO CIAVA).....	199
APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	201

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CBM	China Biologia Medicina
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAVA	Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente
CIAVA/HUSM	Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidentes do Hospital Universitário de Santa Maria
CMR	Centro Médico de Referência
COE	Centro de Operações de Emergência
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIRDN	Década Internacional para a Redução de Desastres Naturais
DSS	Escala de gravidade de desastres
EMBASE	Excerpta Medica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FNS	Força Nacional de Saúde
GASEnf	Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem
GGC	Grupo Gestor do Cuidado
HU	Hospital universitário
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
ICM	Incidência de Desastre em Massa
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
MSI	Índice de Gravidade Médica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
PGD	Planos de Gestão de Desastres
PICE	Prejuízo potencial de criação de eventos
PubMed	Public Medical
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SM	Santa Maria
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
UFSC	Universidade Federal de Santa Maria
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: APONTAMENTOS SOBRE SUA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO	23
2.1.1 Organização de serviços de saúde, produção do cuidado e os princípios e diretrizes do SUS	25
2.1.2 A construção do sistema de saúde e as modelagens tecnoassistenciais: é preciso rever para sobreviver!	28
2.2 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A ATENÇÃO ÀS VITIMAS DE DESASTRES	31
2.2.1 Método.....	34
2.2.2 Resultados e discussão	37
2.2.2.1 <i>Incidência de desastres em massa e os processos de gestão do atendimento.....</i>	<i>52</i>
2.2.2.2 <i>Centros de referência para atendimento em situação de desastres.....</i>	<i>60</i>
2.2.2.3 <i>Legislações: a produção de normativas para o enfrentamento de desastres</i>	<i>62</i>
2.2.2.4 <i>Avaliação das respostas aos desastres</i>	<i>63</i>
2.2.2.5 <i>Saúde mental nas situações de desastre.....</i>	<i>64</i>
2.2.2.6 <i>Estado geral de saúde no pós-desastre</i>	<i>67</i>
2.2.2.7 <i>Formação de equipes de assistência às situações de desastres</i>	<i>68</i>
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	71
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	71
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	72
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	74
3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	74
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	76
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	78
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	79
4 RESULTADOS.....	81
4.1 ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO AOS SOBREVIVENTES DE DESASTRES – O CASO DA CRIAÇÃO DO CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE ACIDENTES (CIAVA).....	81
4.1.1 O desastre e a etapa aguda do atendimento.....	82
4.1.2 Motivação para criação do CIAVA	85
4.1.3 Estratégias para a estruturação do CIAVA.....	87
4.1.4 O projeto de criação do centro.....	95
4.1.5 Configuração da equipe de trabalho – a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe.....	99
4.1.6 Organização do atendimento e a construção dos processos de cuidado.....	100
4.1.7 Produção da informação e comunicação científica e clínica	113
4.1.8 Reuniões, discussões de caso e colegiados: o desafio de produzir saúde em rede e com participação.....	115
4.1.9 Estruturação em longo prazo – e o futuro?	118
4.1.10 Os princípios do SUS como sustentação da construção e expressão do resultado do CIAVA.....	120
4.2 DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E	

PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO DOS SOBREVIVENTES DO DESASTRE	121
4.2.1 Das dificuldades – quais pedras houveram no caminho?	122
4.2.2 Das facilidades: o cuidado é um caminho que se faz ao andar!.....	135
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS	153
ANEXOS	163
APÊNDICES.....	193

1 INTRODUÇÃO

A situação dos desastres é um tema que mobiliza organizações e estudiosos no mundo todo. A preocupação em estabelecer uma orientação internacional surge em 1989, quando a assembleia geral das Nações Unidas aprovou a resolução que definia a década de 1990 como “Década Internacional para a Redução de Desastres Naturais (DIRDN)”. Desde então, foram promovidos encontros que discutiriam o tema de modo permanente. Outro marco histórico para o enfrentamento de desastres, a ser destacado, foi a ação global orientada, denominada de Estratégia Internacional de Redução De Desastres, em 2009. Basicamente, esta ação define um conjunto de prioridades e medidas a serem adotadas em situações caracterizadas como eventos envolvendo muitas vítimas (RODRIGUES, 2010).

A pesquisa teve como **tema** a organização de serviços de saúde para a produção do cuidado às pessoas vítimas de desastre. O **objeto** da investigação foi a implementação de serviços de saúde que tem como objetivo a oferta da continuidade do cuidado das pessoas que vivenciaram um desastre.

No caso da ocorrência de desastres, qualquer que seja a modelagem de gestão e de atenção adotada em hospitais, estes requerem preparo adequado para o acesso aos serviços de emergência hospitalar para atender situações previsíveis, ou mesmo aquelas nunca pensadas. É preciso garantir aos hospitais a possibilidade de receber com segurança todas as vítimas graves, oriundas de complicações naturais de saúde ou de situações de conflitos extremos, como guerras, catástrofes naturais, dentre outros eventos de massa. Foi o caso do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no atendimento das vítimas do desastre provocado pelo incêndio da boate Kiss, em 2013, na cidade de Santa Maria Rio Grande do Sul.

O incêndio da boate Kiss ocorreu no dia 27 de janeiro de 2013, durante a madrugada, numa área física com capacidade para receber aproximadamente 700 pessoas, e que se presume lotação de mais de mil no momento do desastre, segundo informações amplamente noticiadas. O fogo foi causado pela ativação de um sinalizador por um dos integrantes da banda que animava a festa, sendo que a maioria dos presentes eram jovens universitários. A ausência de estrutura para a saída emergencial das pessoas, o teto de material inflamável que, em contato com as chamas produziu gases tóxicos, formaram uma combinação de difícil controle para o socorro das vítimas (LUIZ, 2015; SANTUCCI, 2013).

O desastre da Kiss vitimou fatalmente 242 jovens, destes, 237 no local. Na primeira hora, após o incêndio, os serviços de saúde da cidade receberam 577 vítimas, das quais 87 necessitaram de ventilação mecânica. A rede local contava com aproximadamente 150 leitos

de intensivismo para atender uma região de abrangência com mais de 1.000.000 de habitantes (IBGE, 2010). Ainda nas primeiras 12 horas, após o ocorrido, foi possível dimensionar o impacto do desastre causado pelo incêndio. Ao verificar que a rede local e regional não suportaria em infraestrutura, equipamentos e pessoal especializado para atender de modo seguro às vítimas, o Ministério da Saúde, por intermédio da Força Nacional do SUS coordenou a transferência de pacientes graves para leitos disponibilizados em hospitais de Porto Alegre. Foram transferidos, no mesmo dia, 57 pacientes (PASSOS, 2004).

Na sequência, vencidas as fases do atendimento emergencial e hospitalar, foi evidenciada a necessidade de continuidade de cuidado das pessoas que sobreviveram ao desastre. Iniciou-se, então, a fase ambulatorial do atendimento às vítimas, com a implantação do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIAVA) que teve como finalidade acompanhar os sobreviventes do desastre. O CIAVA tem como sede o HUSM e conta com equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e farmacêuticos. O processo de organização desse serviço constituiu o objeto de estudo apresentado nesta tese. A proposta da organização deste serviço era de que este respondesse as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as suas dimensões.

No Brasil, a reestruturação do setor da saúde, com vistas à implantação do SUS começou no final da década de 80. A unificação, a descentralização, a regionalização e a hierarquização, assim como a proposta de um sistema de saúde capaz de promover, prevenir, recuperar e reabilitar, são orientações básicas para a implementação do novo sistema de saúde, cujas diretrizes e princípios estão inseridos na Constituição Brasileira e definidos pelas Leis Orgânicas do SUS (BRASIL, 1990a).

Entre os princípios e diretrizes do SUS destacam-se aqueles que orientam a proposta de reconfiguração das modelagens tecnoassistências e de organização dos serviços de saúde, tema transversal desta pesquisa. A universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social constituem-se como norteadores para a produção do cuidado e, portanto, para a gestão e a atenção a ser produzida em cada um e no conjunto dos serviços de saúde.

A efetivação de uma rede regionalizada e hierarquizada para organizar o sistema de saúde implica numa mudança de modelagem de atenção à saúde e de reorganização dos serviços. O hospital, até então considerado o centro do sistema de saúde, é reconhecido como uma unidade componente do todo. Acredita-se que a reestruturação do sistema, a reorganização dos serviços, com a expansão da atenção básica e a reconfiguração do papel do hospital na rede

de serviços, podem contribuir para a racionalização do atendimento tornando-o mais ágil e eficaz (MEDICI, 2012; MENDES, 2012).

As organizações hospitalares, mesmo que não mais os serviços centrais do sistema de saúde, são consideradas como unidades assistenciais e de gestão, as quais se destinam ao atendimento de um conjunto de pacientes que necessitam de cuidados especializados. Esses pacientes permanecem hospitalizados em unidades de internação ou são atendidos nas emergências e ambulatórios que dispõem de ações, de acordo com a densidade tecnológica demandada e a organização do sistema de cada território (MEDICI, 2012).

Medici (2012) e Mendes (2012) afirmam que os custos de um sistema organizado regionalmente e hierarquicamente são menores e, em se tratando de organizações hospitalares, outro elemento capaz de responder de modo mais efetivo, quando baseado em resultados, são as modalidades de gestão mais flexíveis.

Os autores compartilham da convicção de que o papel organizativo de um serviço de saúde e de um hospital é também expressão de uma ética democrática e cidadã na saúde brasileira, cujos princípios doutrinários são a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação (MENDES, 2011).

No caso específico da criação do CIAVA tratou-se do enfrentamento de um conjunto multifacetado de desafios de gestão e de atenção, em que estava em questão a melhoria da qualidade das respostas do sistema e dos serviços de saúde. Desafios como os apresentados pela necessidade de cuidado, em situação de desastre, requerem dos gestores e dos profissionais mais do que o domínio dos conteúdos relativos ao seu núcleo profissional ou especialidade, requer o comprometimento com a organização global do sistema e dos serviços de saúde em que os usuários possam sentir-se seguros e tenham a garantia do cuidado, quando necessitarem do acesso aos serviços disponíveis.

Esta pesquisa abordou duas questões interligadas. Primeira, a resposta do sistema e dos serviços de saúde às necessidades não previsíveis de cuidado em saúde, como é o caso em situações de desastre. Segunda, a construção de modelagens de gestão e atenção na organização dos serviços e na produção de cuidado que estivessem alinhadas às diretrizes e aos princípios do SUS. Destas questões resultaram as perguntas centrais que foram respondidas com essa pesquisa: como aconteceu a organização do serviço de saúde para o seguimento às vítimas do desastre da boate Kiss? Quanto esta organização esteve alinhada aos princípios e diretrizes do SUS na organização dos serviços e na produção do cuidado, segundo os trabalhadores e gestores implicados na sua construção?

O presente trabalho está inserido na linha de pesquisa de Gestão em Enfermagem e Saúde (GASEnf), vinculada ao Grupo de Pesquisa: Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Esta pesquisa teve como cenário o HUSM, mais especificamente a organização da gestão e da atenção do serviço que atendeu, para o seguimento, às vítimas do desastre na boate Kiss, ou seja, o caso desta tese foi o planejamento, criação e implantação do Centro de Atendimento às Vítimas de Acidentes, do Hospital Universitário de Santa Maria (CIAVA/HUSM). A justificativa que explicita a relevância do tema, das perguntas e da perspectiva do estudo e os objetivos geral e específicos que orientaram a análise empreendida nesta pesquisa serão apresentados posteriormente.

Esta tese se **justifica** pela necessidade de sistematizar experiências de cuidado que respondam às necessidades de saúde que irrompem em situações de desastres. Sabe-se que os desastres são imprevisíveis quanto ao momento e o local da sua ocorrência, no entanto, a possibilidade de que os estes aconteçam, demanda que os sistemas e serviços de saúde estejam preparados para garantir o cuidado às suas vítimas. Este seria o cenário e as condições ideais para o enfrentamento de situações catastróficas que colocam em risco a vida de pessoas ou comunidades inteiras.

A mobilização de todas as forças governamentais e institucionais ligadas à saúde, segurança e defesa civil, em todos os níveis de governo da nação, como a recém-criada Força Nacional do SUS serviram de amparo às instituições e serviços locais para o enfrentamento do desastre da Kiss. No entanto, a falta de sistematização de conhecimento sobre as experiências de organização de serviços que respondam às necessidades do seguimento da atenção das pessoas, que são vítimas de desastres, conforme explicitado na revisão apresentada, a seguir, aponta para a pertinência de registrar a vivência da pesquisadora.

Em especial, esta tese sistematizou a organização da continuidade do cuidado às vítimas de acidente, e a inovação produzida com a criação do CIAVA/HUSM, serviço específico para esse fim. Pretende-se, dessa forma, que esse estudo possa auxiliar outros serviços de saúde que se depararem com situações assemelhadas, facilitando sua organização e estruturação necessárias, a fim de minimizar as sequelas das vítimas. Portanto, ao descrever como foi estruturado o serviço, pretendeu-se contribuir para a produção de conhecimento, acerca do cuidado em saúde nas situações de desastre, após a fase aguda, ou seja, a fase do seguimento ambulatorial.

Também, justifica este estudo a integração da pesquisadora com a proposição e a implementação do CIAVA, uma vez que participou dos processos decisórios que culminaram

com a formulação de termo de compromisso das responsabilidades institucionais do HUSM, em relação ao cuidado das vítimas do desastre. Este termo de compromisso definiu as responsabilidades das instituições quanto ao cuidado das pessoas vítimas do desastre da Kiss, sendo que a pesquisadora teve a tarefa de coordenar no HUSM as atividades relativas à implantação de serviço que respondesse pelas necessidades de seguimento do cuidado dos sobreviventes.

Tratou-se, portanto, de um desafio de gestão que foi inovador, uma vez que a estruturação de todas as atividades nos seus aspectos materiais, de infraestrutura, de fluxos, de práticas assistências, de relação com os demais serviços parceiros para responder às demandas de cuidado das pessoas foram construídos em ato, com processos de planejamento, execução e revisão das práticas no cotidiano.

Vivenciou-se, portanto, um processo dinâmico e permanente de exercício de gestão compartilhada na construção de soluções adequadas às demandas e necessidades verificadas naquela realidade e possíveis de serem implementadas no contexto vivido. O desastre da Kiss foi um momento de comoção da sociedade, de envolvimento maciço dos meios de comunicação, de insatisfação frente à responsabilização dos agentes envolvidos nas causas do desastre, de demora de respostas contundentes reconhecidas pelos envolvidos, tais como a impunidade e o menosprezo do sofrimento dos sobreviventes e familiares das vítimas.

E foi neste contexto, com os recursos existentes e disponíveis sempre limitados, que foi necessário construir soluções que, ao mesmo tempo, garantissem o cuidado à saúde dessas pessoas, o acolhimento em todas as dimensões do seu sofrimento e que também preservassem as prerrogativas do SUS, quais sejam, a equidade, a universalidade do acesso e a integralidade.

Para além da existência dos serviços, a forma como se organizam também é um tema em questão para o SUS. A garantia dos princípios e diretrizes depende de como acontece a organização e a produção do cuidado no cotidiano de cada serviço de saúde. Por isso, o debate de modelagens de gestão e de atenção tem sido um tema da atualidade no SUS, em especial, na construção de alternativas às práticas da medicina privatista hegemônica, centrada nos procedimentos, nas profissões e especialidades, fragmentadora da assistência, de baixa resolutividade, com gestão centralizadora e verticalizada (MERHY, 2014).

Esses e outros enfoques mostraram o quanto é relevante sistematizar e analisar experiências que busquem superar e construir outras modelagens, considerando que está na origem do serviço, caso de estudo desta tese, a proposta de responder aos princípios do SUS. Tratou-se de um caso ímpar, para que seja refletido o quanto efetivamente conseguiu-se

constituir um serviço que avançou na sua proposta de gestão e de atenção na fase de seguimento assistencial.

O texto, a seguir, em destaque, escrito à época pela pesquisadora, sob o título de *Poucas palavras...* foi uma tentativa de descrever o significado e a dimensão que teve o desastre vivenciado, em todas as suas fases.

A vida, esse fio invisível que pode pegar fogo num lapso de tempo tão ou mais invisível que ela própria. E foi assim, também, que um “fogo invisível” ceifou de muitos corpos, sem dó, a vida de todos eles. Tão jovens, tão lindos, tão VIVOS antes de chegarem ao local de festas, para eles derradeiro!

De tudo, o mais difícil foi olhar para uma mãe, com a foto da filha nas mãos, perguntar: “olha para ela e me diz que ela está entre os que deram entrada aqui, eu não quero procurar por ela em outro lugar”- estávamos na emergência do nosso HUSM. (Procurei o dia todo por aquele rosto da foto. Pobre mãe, teve que identificar a filha entre tantos espalhados no ginásio, local definido para receber os mortos). Foi uma pena não terem colocado abaixo as paredes daquele lugar mais rapidamente, teríamos salvado tantos outros ainda! Teríamos enxugado em tempo mais curto as lágrimas daquela e de tantas outras mães! Teríamos cansado mais e retornado para nossas casas menos perplexos pelo total de vítimas fatais. Agora, passado o tempo, depois de chorar um pouco a dor daquela e de centenas de outras mães naquele dia, concluo que elas chorarão para sempre e cada vez mais.

Lembram do quase? (“Quem quase viveu está morto, entretanto, quem quase morreu está vivo”). Os sensatos, os responsáveis, os honestos em seus pensamentos e ações sabem que para muitos não foi possibilitado nem o quase. Diante de várias situações vivenciadas ou presenciadas devido ao desastre, perguntas insistem em voltar aos meus pensamentos a toda hora. Quanto vale uma vida humana para comerciantes inescrupulosos da alegria e da dor alheia? Qual o pior dos comércios: o daquele que vende alegria a uma legião de jovens ingênuos e a pais confiantes ou o daquele que empilha corpos (talvez muitos dentre eles quase) por interesses inconfessáveis?

[...] É preciso repudiar o modelo de prática do judiciário, condescendente com crimes hediondos, que garante malfetores e agentes públicos irresponsáveis. (Que dó daqueles que têm que acordar todos os dias e viver com a lembrança de seus queridos que poderiam estar hoje, à mesa, num dia comum, em família ou simplesmente experienciando a vida).

O saber da experiência é um saber distinto do saber científico, do saber de acúmulo de informações, pois sua força se expressa produtivamente no saber da práxis. Para o autor, o “[...] saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana” (BONDÍA, 2002, p. 26). E é no contexto da prática das pessoas, construída e consolidada a partir do conhecimento e experiências prévias incorporados por cada um, que a pesquisadora analisou o processo de implantação do CIAVA e o seguimento da assistência dispensada aos sobreviventes do desastre provocado pelo incêndio da boate Kiss, em 2013.

Para tanto, buscou-se, com esta tese, responder ao seguinte questionamento: como se deu o processo de organização, implantação e de produção de cuidado para o seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da Boate Kiss acompanhados no CIAVA, serviços do Hospital Universitário de Santa Maria, na perspectiva dos trabalhadores e gestores?

O pressuposto que orientou esta pesquisa foi que a organização do serviço de saúde para o seguimento da assistência para os sobreviventes do desastre da boate Kiss, ou seja, a oferta de atenção especializada à saúde para a continuidade do cuidado de vítimas de desastres constituiu-se numa oportunidade para a construção de um serviço que respondesse às necessidades de saúde dos sobreviventes, e também aos princípios e às diretrizes do SUS na sua organização e na forma como produz cuidado.

Em síntese, com este estudo, defendeu-se a tese de que é possível, em movimento contínuo, após a fase emergencial organizar o seguimento assistencial dos sobreviventes, integrado aos princípios e diretrizes do sistema de saúde e com capacidade de controlar as sequelas previsíveis para a situação do desastre vivenciado.

Teve-se, como **objetivo** geral, analisar, considerando os princípios e diretrizes do SUS, o processo de organização e implantação do serviço e de produção do cuidado no seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da Boate Kiss, do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente - CIAVA, do Hospital Universitário de Santa Maria na perspectiva de trabalhadores e gestores. Como objetivos específicos:

- a) identificar as estratégias utilizadas pelos gestores e profissionais no processo de organização do seguimento assistencial para os sobreviventes do desastre da boate Kiss que resultou na construção do CIAVA;
- b) descrever as facilidades e dificuldades identificadas pelos profissionais e gestores em relação ao processo de organização do CIAVA e o seguimento assistencial dos sobreviventes acompanhados no referido serviço, considerando-se o objetivo de responder aos princípios e diretrizes do SUS.

Para sistematizar a trajetória percorrida na produção desta pesquisa, o capítulo 2 foi composto do referencial teórico, com a sistematização de experiência dos serviços que atuam no cuidado das vítimas de desastres, bem como a relação entre os princípios e diretrizes do SUS e a organização da gestão e da atenção nos serviços de saúde e na produção do cuidado desenvolvido. O capítulo 3 apresentou o percurso metodológico trilhado para coleta, análise e discussão dos resultados, sem perder de vista os objetivos propostos. No capítulo 4 foram apresentados os resultados que responderam às perguntas centrais e os objetivos desta tese, que versou sobre as estratégias de organização do CIAVA e suas conexões com os princípios do SUS. Tratou, também, sobre as dificuldades e facilidades da implementação do serviço. Por fim, no capítulo 5 foram apresentadas as considerações finais do trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: APONTAMENTOS SOBRE SUA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO

O direito à saúde, garantido pela constituição de 1988, foi a maior conquista da sociedade brasileira no campo dos direitos sociais, resultado da luta empreendida pelos idealizadores da Reforma Sanitária deflagrada décadas antes. Este direito implica em assegurar, por parte do Estado, a adoção de políticas públicas que garantam a oferta de ações e serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva (BRASIL, 1986; SANTOS, 2006).

O Artigo 196, da também denominada Constituição Cidadã diz que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 23). Assim sendo, está garantido, constitucionalmente, que todo o cidadão tem direito aos cuidados necessários para o gozo das condições adequadas de saúde, e o estado tem a obrigação de afiançar tais garantias. Deste modo, foi concebido o Sistema Único de Saúde – SUS. Poucas palavras, além dessas, precisariam ser ditas, se fosse o estado brasileiro um ente respeitoso e preocupado com suas leis e garantias que elas expressam, no que se referem a direitos básicos de seus cidadãos.

Para Gastão Campos está muito claro: governantes e sociedade precisam respeitar a escolha feita ao criar o SUS:

O Brasil escolheu o “direito universal à saúde”, quando elaboramos nossa Constituição. Trata-se de um princípio de natureza ética, moral, que se transformou em lei. Nossa Lei Maior responsabilizou o Estado e a sociedade pela transformação desse valor abstrato em realidade. Indicou, ainda, um modelo organizacional para dar concretude a essa aspiração: o SUS (CAMPOS, 2013).

As incoerências entre o desejado e o realizado ficaram evidenciadas, já na promulgação da lei que regulamentou o SUS, a Lei de nº 8080, de 19 de setembro de 1990. No ato legal que criou o nosso sistema de saúde, universal por princípio, foram vetados todos os artigos que previram seu financiamento, mesmo que garantidos por direito constitucional dois anos antes (BRASIL, 1990a).

Desde a promulgação da chamada lei orgânica do SUS, defensores do sistema não deram trégua aos poderes constituídos da nação, em busca de fazer valer o que está resguardado pela Constituição Federal. “Saúde é direito de todos e dever do Estado” passou a ser expressão de verdadeira luta por garantias de acesso, atendimento digno, financiamento, além de tornar-

se argumento potente nos mais diferentes embates, em defesa de uma sociedade mais igual, menos segregadora das minorias, mais solidária e menos individualista, enfim, uma sociedade em que as pessoas pudessem ter sonhos e acreditar ser possível alcançá-los. A trajetória das conferências nacionais de saúde que reúnem periodicamente usuários, trabalhadores e gestores expressam a luta pelo SUS e pelo direito a saúde (BRASIL, 1993, 1996, 2001, 2004, 2008, 2012).

Devido aos vetos na Lei 8080, especialmente no que se referem ao financiamento e à participação social, uma lei complementar foi proposta como alternativa negociada entre congressistas, gestores, representantes da sociedade e governo, a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Essa lei regulamentou a transferência de recursos entre as esferas governamentais (união, estados e municípios), via fundos de saúde, definindo diretrizes sobre planejamento, aplicação e controle no bom emprego dos recursos. Outra conquista que merece destaque sobre a Lei 8142, refere-se à participação da comunidade na gestão do sistema. Ficaram assim instituídas as instâncias colegiadas do SUS nas três esferas governamentais. O caráter permanente e deliberativo dos conselhos de saúde, composto por usuários, trabalhadores de saúde, prestadores e governo garante maior alcance da participação social nas decisões envolvendo o SUS em todos os seus aspectos (PAIM, 2009).

A participação da comunidade, via controle social, ou pelo acesso às ações e serviços disponíveis, ou ainda espontaneamente voluntariando-se, na organização e estruturação do SUS, permitiu evidenciar as fragilidades e conquistas na jovem trajetória de implantação de um sistema com características socialmente marcantes e de abrangência nacional. Denotou-se assim, de modo incontestável, a grandiosidade do SUS e a necessidade de defendê-lo como política de Estado, que assegurasse aos seus cidadãos direitos sociais, de saúde e de proteção à vida.

Gastão Campos insiste que é preciso enfrentar o entrave do subfinanciamento, sendo necessário dobrar os gastos com o SUS que, em 2013, eram da ordem de 3,6% do PIB e chegar, minimamente, a 7%. Alerta, ainda, que é preciso eliminar os incentivos fiscais e os repasses de recursos públicos ao setor privado e que uma reforma profunda e radical do modelo de funcionamento da assistência à saúde em geral, em particular da assistência médica, são enfrentamentos necessários.

O subfinanciamento crônico do SUS e estímulos fiscais à medicina de mercado fizeram com que, para atender aos 25% de brasileiros com seguro privado, tivéssemos 54% dos recursos financeiros gastos em saúde. Isto induziu uma distribuição de médicos distorcida, quase 55% da capacidade de atendimento médico é absorvida pelo setor privado (CAMPOS, 2013).

2.1.1 Organização de serviços de saúde, produção do cuidado e os princípios e diretrizes do SUS

Sobre a estruturação do SUS, o Artigo 198, da Constituição Federal prevê a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços públicos, que seria constituinte de um sistema único, instituído de acordo com as diretrizes da descentralização, da integralidade da atenção e da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Com característica de sistema organizado em rede, o SUS busca prestar atendimento à população, de modo que cada serviço da rede corresponda a determinado conjunto de práticas assistenciais à disposição dos usuários. A rede de serviço está diretamente relacionada à complexidade da assistência e à densidade tecnológica, que vai, desde a prestação de serviços básicos de saúde aos mais especializados. Em qualquer um deles, com o fim específico de buscar promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

No nível primário de atenção do SUS estão compreendidas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Cabe às UBSs o papel de impulsionar políticas voltadas à prevenção das doenças, e também ao cuidado com o bem-estar geral das pessoas nas comunidades. É na chamada atenção primária que se articulam ações educativas de modo integrado com a comunidade, com vistas à adoção de hábitos saudáveis de vida, conscientização sobre a importância da vacinação, controle de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, dentre outras medidas preventivas desejáveis para uma vida com saúde e bem-estar (MV, 2016).

O nível primário de atenção e a urgência e emergência são definidos como as portas de entrada para o SUS, embora controverso para novos arranjos em questão. A maioria dos usuários acessa o sistema de saúde pela atenção básica que, se organizada adequadamente, com profissionais capacitados, tem competência para resolver grande parte dos problemas de saúde da população. Os profissionais que atuam na atenção primária caracterizam-se por ser mais generalistas ou com formação em áreas voltadas à saúde da família e da comunidade, ou ainda especialistas nas áreas de pediatria e gineco-obstetrícia (MV, 2016).

Mesmo com todas as limitações existentes, é possível asseverar que a maioria das situações recebidas na atenção básica, pode sim, ser resolvida ali mesmo, deixando evidente que o propósito em determinar o acesso dos usuários ao sistema de saúde deva se dar considerando-se a gravidade e a urgência. Deste modo é possível evitar que centros especializados se ocupem com um número elevado de casos que não demandem esta especificidade e sem a caracterização da condição de emergência (MV, 2016).

Um outro nível da atenção à saúde no SUS, também chamado de nível secundário, abarca hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e outras estruturas de atendimento especializado também denominadas de média complexidade. Com equipamentos com um pouco mais de densidade tecnológica que os do nível primário, as estruturas dos serviços do nível secundário podem realizar exames diagnósticos mais complexos, além do tratamento especializado de situações crônicas, procedimentos de intervenção e atendimento de doenças agudas que requeiram internação ou não (MV, 2016).

A qualificação dos profissionais da área médica, implicados no nível secundário, destaca-se pela necessidade de especialização, sendo as mais comuns: cardiologia, endocrinologia, ortopedia, gastroenterologia, psiquiatria e oftalmologia. Além da assistência aos casos de urgência e emergência, há a expectativa de que neste nível de atenção possam ser atendidos, de modo satisfatório, os casos encaminhados pelo nível primário (MV, 2016).

O terceiro nível de atenção à saúde caracteriza-se pelo alto grau de especialização dos profissionais e pelas tecnologias avançadas complementares aos dois primeiros níveis. É no nível terciário que se concentram as ações de intervenção mais complexas e onde estão abrigados serviços de diagnósticos e leitos destinados a tratamento de pacientes críticos, como as vítimas de politrauma, cirurgias complexas, envolvendo uma ou mais especialidade, sejam elas devido a acidentes, ou mesmo oncológicas, transplantes, ambulatórios especializados, dentre outros. O alto grau de densidade tecnológica associado à especificidade e à especialidade assistencial concentrado no nível terciário fazem com que estas estruturas absorvam parte significativa do financiamento destinado ao sistema (PAIM, 2009).

As leis e normas do SUS que definem o planejamento racional da atenção à saúde, via de regra, estabelecem que a organização dos serviços de saúde dos níveis secundário e terciário seja feita com base nas diretrizes da regionalização, por macro e microrregiões, em cada estado e no Distrito Federal (PAIM, 2009).

Para o atendimento das situações de desastres, objeto desta pesquisa, a principal porta de entrada são os serviços de urgência e emergência. Cabe destaque à rede de urgência e emergência, definida a partir de 2011, que é formada pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e educação; atenção básica; serviços móveis e regulação; serviços fixos de urgência e emergência; hospital; atenção domiciliar e a força nacional de saúde responsável por atender as situações de desastre no território nacional (BRASIL, 2011).

A Força Nacional de Saúde (FNS), criada a partir de 2011, tem como objetivo acionar e organizar os componentes da rede de atenção para responder celeremente às situações de desastres, epidemias e calamidades por desassistência (Brasil, 2011), desta forma, prevista na

política nacional de atenção às pessoas vítimas de catástrofes e outros eventos trágicos de grandes dimensões.

O disposto na Lei Orgânica do SUS determina que governantes da união, estados, Distrito Federal e municípios observem os princípios e diretrizes nela descritos para a implantação das políticas públicas de saúde e organização da rede de atenção. Para Paim (2009), os princípios são aspectos que contemplam a relação social dos indivíduos, já as diretrizes servem de guia e possuem caráter técnico que visa orientar os rumos do sistema em todos os seus níveis organizativos.

Os princípios e diretrizes do SUS encontram-se assim descritos na Lei Orgânica:

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017) (BRASIL, 1990).

Em síntese, entre os princípios e diretrizes apresentados, os priorizados por esta pesquisa na análise dos achados foram: a universalidade que garante ao cidadão o direito de acesso a todos os serviços de saúde, em todos os pontos do sistema; a integralidade, que, além de

pressupor ações articuladas, prevê o atendimento das pessoas, de acordo com a necessidade de cada situação, nos diferentes níveis de complexidades do sistema, em todos os serviços disponíveis, sejam eles públicos conveniados ou contratados pelo agente público; a preservação da autonomia, que é o princípio definido como um avanço na construção da cidadania, por indicar respeito ao direito de acesso à informação, assegurando a inclusão das pessoas no processo de construção de um sistema que proteja o conjunto da população. Por fim, a equidade que ganha força e centralidade no princípio da “igualdade da assistência à saúde, sem preconceito e privilégio de qualquer espécie” (PAIM, 2009).

Outros autores também destacam em seus trabalhos a importância de governantes e governados observarem os princípios e diretrizes, pois eles descrevem o conjunto de direitos assegurados na Lei Orgânica do SUS. Para eles, o SUS foi criado para garantir a oferta de serviços e ações de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva compondo, assim, as Redes de Atenção à Saúde (OCKÉ-REIS, 2012; PINHEIRO; MATTOS, 2001; 2005; SANTOS, 2006).

Em cada contexto e território demanda-se a configuração de redes de atenção que respondam às especificidades das necessidades em saúde daquela população, no entanto, toda a organização dos serviços deverá estar orientada pelos princípios e diretrizes, acima listados, que conferem a unicidade do Sistema Único de Saúde. Sabe-se, entretanto, que a conquista desses princípios e diretrizes demandam a construção de novas modelagens assistenciais, tema que será tratado no tópico a seguir.

2.1.2 A construção do sistema de saúde e as modelagens tecnoassistenciais: é preciso rever para sobreviver!

Um dos temas centrais debatidos no campo da reforma sanitária brasileira, nos últimos 30 anos, diz respeito à organização do sistema e dos serviços de saúde. Esse debate, além de estar permeado por elementos conceituais e políticos, também se nutre pela formulação e proposição de políticas, estratégias de organização e implantação, financiamento, normatizações e mudanças na gestão do sistema, especialmente, das práticas aplicadas nas ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Para Paim (2003), o sistema brasileiro tem um modelo sanitarista com relação de subordinação ao modelo médico hegemônico. O primeiro, caracteriza-se pelo enfrentamento das situações de doença, por meio de campanhas, empregadas na maioria das vezes, para controle das epidemias, como exemplo, as campanhas de vacinação. Outra característica

marcante deste modelo é a sua verticalidade nas políticas, com a criação de programas, tais como, o controle da tuberculose, a saúde da mulher e da criança, dentre outros. Cabe destacar que a verticalização aplicada ao modelo, muitas vezes, define ações e programas para regiões e localidades onde não são necessários, podendo, inclusive, desarticular a organização local que tem como foco as características específicas do próprio território. O segundo, modelo médico hegemônico, caracteriza-se pelo biologismo, individualismo, centrado na medicina curativa, com participação passiva dos usuários, sendo a saúde/doença um bem de mercado (PAIM, 2003).

Segundo Ferla et al. (2009), o modelo biomédico tem afeição prioritária pela assistência hospitalar, vinculado a procedimentos, com base em programas e ações fragmentadas. Esse modelo é predominante no ensino, na organização dos serviços de saúde, nas práticas assistenciais, além de exercer influência no senso comum, dificultando a mobilização ética e política, potências capazes de transformarem as práticas nos serviços de saúde.

Para Barrios (2009, p. 98), “a eficácia relativa dos procedimentos e a legitimidade simbólica alcançadas pela sofisticação tecnológica têm dificultado o questionamento do modelo biomédico hegemônico nas práticas hospitalares”.

Compreende-se que o modelo biomédico ainda mobiliza discussões entre os que o defendem por seu efeito imediato das ações intervencionistas e aqueles que pregam a necessidade de ruptura, a fim de reduzir a distância entre conceitos e renovação das práticas em busca de outros contingentes de racionalidades, maior inclusão e resultados mais duradouros. Os modelos assistenciais sanitaristas e médico hegemônico influenciam a organização dos serviços na direção contrária ao preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS, portanto, faz-se necessária a produção de novas modelagens tecnoassistenciais.

O referencial da saúde coletiva, acerca de organização de serviços de saúde e da produção de cuidado, não só produz um conjunto de conceitos e categorias analíticas, mas também oferece ferramentas para orientar como fazer a implementação das diretrizes e princípios do SUS no cotidiano dos serviços. Este cotidiano tem como modelagem tecnoassistencial predominante a médico hegemônico, verificando-se que os avanços no sentido de reorientação para modelagens, as quais produzem a mudança das práticas de saúde, com incorporação mais abrangente da integralidade, ainda são pouco significativos (FEUERWERKER, 2005).

De acordo com Merhy (1997), rever o modelo em vigor é preciso! Para a organização dos serviços de saúde e para a produção do cuidado, os princípios e diretrizes do SUS traduzem

um conjunto de atributos que devem estar incorporados à gestão e à atenção, portanto, aos processos de trabalho destes serviços, caracterizando-se as modelagens tecnoassistenciais.

A mudança das modelagens tecnoassistencias defendidas no SUS buscam a superação da medicina privatista, ainda fortemente amparada no modelo hegemônico de organização dos serviços e na produção do cuidado. É preciso superar o processo de trabalho centrado nos procedimentos, nas especialidades e profissões, de tal forma que o processo de trabalho esteja centrado nas necessidades dos usuários e, portanto, que os serviços tenham como critérios para a sua organização o acesso, o acolhimento, a continuidade do cuidado, o vínculo e responsabilização, a resolutividade, o trabalho em equipe, a cogestão e a produção da autonomia dos usuários e dos trabalhadores (FERLA et al., 2009).

Os serviços hospitalares estão entre aqueles que compõem o SUS e são considerados o componente complexo, problemático e de difícil controle no sistema público de saúde, sobretudo, no que se refere a sua gestão, carente de modernização e considerada incapaz de capacitar profissionais para geri-la. A complexidade das organizações hospitalares é fortemente marcada pela inovação das tecnologias duras e práticas em permanente modificação (SANTOS, 2006).

O movimento para romper com a hegemonia do modelo predominantemente centrado no procedimento tem se fortalecido pelo debate permanente e pela emissão de normativas, como é o caso da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, com a seguinte conceituação:

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Os estudos de Malta et al. (2004), Merhy (2007), Mendes (2011), Ouverney e Noronha (2013) e Silva Junior (1998), contribuem para aprofundar a análise sobre os modelos de atenção à saúde brasileiros e os novos arranjos organizativos providos de elementos consistentes para o debate sobre a organização das RAS no SUS.

Nesse sentido, as respostas para as necessidades em saúde são produzidas no contexto das situações específicas vivenciadas nos territórios. No caso do desastre da Kiss, foi a necessidade de cuidar das vítimas que orientaram a organização dos serviços e que produziram modelagens tecnoassistencias específicas para responder a uma situação particular. No entanto, conhecer experiências semelhantes e aprofundar a temática sobre serviços para vítimas de

desastre, tanto contribuíram para a qualificação do serviço construído quanto para a análise aqui empreendida. O capítulo, a seguir, apresenta uma síntese da produção do conhecimento sobre atenção à saúde em situação de desastre, especificamente, aqueles resultantes de incêndio. Para abordar esse assunto, optou-se pela revisão de literatura na modalidade integrativa.

2.2 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A ATENÇÃO ÀS VITIMAS DE DESASTRES

O fogo é uma reação química caracterizada por uma oxidação violenta de material combustível que entra em contato com o oxigênio do ar. Manifestam-se com luminosidade, energia térmica, fumaça e gases. O incêndio é um fogo em grande escala não controlado, que pode ocorrer de forma repentina ou gradual. Geralmente, resulta em danos materiais, ferimentos ou perda da vida e deterioração ambiental (ARCE-PALOMINO, 2008).

Para o mesmo autor, os incêndios se classificam como urbanos, industriais, florestais e de transporte. Os incêndios urbanos caracterizam-se pela destruição total ou parcial de instalações, casas ou prédios onde há concentrações humanas. Os incêndios industriais podem apresentar-se de forma súbita ou gradual em locais onde são produzidos e armazenados materiais inflamáveis, combustíveis e produtos químicos. Áreas cobertas de vegetação, tais como árvores, arbustos e erva daninha são representativas dos incêndios florestais. Já, os incêndios em transportes ocorrem em veículos ou unidades de transporte, durante o deslocamento de pessoas, bens ou produtos (ARCE-PALOMINO, 2008).

Os incêndios urbanos são, principalmente, causados devido ao curto-circuito em instalações defeituosas, sobrecarga ou falta de manutenção em sistemas elétricos, como também, pelo manejo inadequado de aparelhos e da utilização de substâncias perigosas e pela falta de cautela no uso de velas e braseiros, podendo ser causados de forma natural ou intencional (ISTRE, et al., 2002; WARDA; TENENBEIN; MOFFATT, 1999).

A palavra “desastre” é usada comumente como sinônimo de “emergência” e “incidente de vítimas em massa” (DEBACKER et al., 2012). Enquanto isso, nos estudos de Aylwin et al. (2006) e Adini et al. (2010), “incidência de desastre em massa” (ICM) é qualquer incidente no qual emergência, serviços e recursos médicos, como o de pessoal e equipamento, estão sobrecarregados com o número e a gravidade de vítimas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) define desastres como qualquer ocorrência, que causa danos, destruição ecológica, perda de vidas humanas e a insuficiência de serviços de saúde, justificando uma resposta de fora da comunidade ou do local de ocorrência

do desastre (RATHBUN; CRANMER, 2006). Trata-se de um evento em que a necessidade assistencial excede as capacidades de resposta na área afetada, principalmente, devido a um grande número e/ou à gravidade das vítimas feridas. Este desequilíbrio pode ser devido a uma quantitativa e/ou qualitativa escassez de recursos (pessoal e material), mas também por deficiências de organização ou funcionamento da resposta.

O quadro 1 apresenta a cronologia dos principais incêndios urbanos, com o número de óbitos e a localização dos incêndios.

Quadro 1 – Cronologia dos principais incêndios urbanos

(continua)

DATA	NÚMERO DE ÓBITOS/LOCALIZAÇÃO DOS INCÊNDIOS
28 de novembro de 1942	487 pessoas morreram quando a casa noturna “Cocoanut Grove” incendiou em Boston, Estados Unidos.
17 de dezembro de 1961	260 pessoas morreram no “Great American Circus”, no Rio de Janeiro, Brasil
25 de março de 1990	87 mortos em incêndio num clube em Nova Iorque, Estados Unidos
20 de dezembro de 1993	17 jovens morreram pelo fechamento das saídas de emergência numa casa noturna que ardia em chamas, em Buenos Aires, Argentina.
27 de novembro de 1994	234 mortos numa boate em Fuxin, na província de Liaoning, China.
08 de dezembro de 1994	325 mortos, a maioria escolares, em um cinema em Karamay em Xinjiang, China.
15 de fevereiro de 1995	67 mortos em um bar Taichung, Taiwan
29 de setembro de 1997	30 pessoas, a maioria crianças, morreram em um incêndio causado por um psicótico no subúrbio de Santiago, Chile.
20 de outubro de 2000	20 pessoas morreram em boate em Lobombo na Cidade do México. Este lugar tinha sido fechado por autoridades mexicanas 11 vezes antes do incidente
26 de dezembro de 2000	309 pessoas morreram em um incêndio que destruiu um centro comercial e uma discoteca em Luoyang, China.
18 de agosto de 2001	78 pessoas morreram num hotel que incendiou em Quezon City, próximo a Manila, nas Filipinas.
01 de setembro de 2001	44 mortos em um incêndio numa sala de jogos no bairro Kabukicho, Tóquio, Japão.
29 de dezembro de 2001	No Peru, um incêndio um centro de compras no centro Lima, causando 447 vítimas, 277 mortos e 180 desaparecidos. O incêndio foi causado por fogos de artifício em comemoração ao Ano Novo.
20 de julho de 2002	Incêndio em uma discoteca em Lima, Peru, causando 30 mortes. Neste local ocorriam espetáculos com apresentação de animais selvagens onde um leão e um tigre também morreram no acidente.

Quadro 1 – Cronologia dos principais incêndios urbanos

(conclusão)

DATA	NÚMERO DE ÓBITOS/LOCALIZAÇÃO DOS INCÊNDIOS
29 de outubro de 2002	61 mortos em um prédio de escritórios que incendiou na cidade de Ho Chi Minh, no Vietnã.
01 de dezembro de 2002	50 pessoas morreram num incêndio em uma boate em Caracas, Venezuela.
02 de fevereiro de 2003	33 mortos em incêndio em um hotel em Harbin, capital da província de Heilongjiang, na China.
19 de fevereiro de 2003	Na Coreia do Sul, um incêndio no metrô de Daegu matou 133 pessoas e deixou muitos desaparecidos.
20 de fevereiro de 2003	100 mortos e 200 feridos em um clube que incendiou em West Warwick, durante um show de música metálica, nos Estados Unidos.
23 de janeiro de 2004	Na Índia, um incêndio em um casamento causado por faíscas de um fogo sagrado, parte de um costume hindu, deixou 50 mortos e 75 feridos na cidade de Tiruchchirapally.
15 de fevereiro de 2004	Na China, a queima de um supermercado na província de Jilin, matou 53 pessoas e deixou 60 feridos.
17 de maio de 2004	Em Honduras, 104 detentos morreram em um incêndio provocado por um curto-circuito na prisão de San Pedro Sula, Iraque.
16 de julho de 2004	90 crianças mortas e 18 gravemente feridas quando foram presas pelas chamas em uma escola da cidade Kumbakonam, na Índia.
01 de agosto de 2004	Uma explosão em um supermercado na capital do Paraguai. O dono do lugar fechou as portas, antes do incêndio, para evitar que os clientes saíssem sem pagar. O número de vítimas foi de 400 mortos e mais centenas de feridos.
27 de janeiro de 2013	Incêndio em uma boate em Santa Maria, Brasil. 242 mortos e centenas de feridos.

Fonte: Modificado de Arce-Palomino (2008) e Dal Ponte et al. (2015).

De acordo com Arce-Palomino (2008), a indústria moderna por meio do processo de inovação tecnológica, continua no caminho da expansão e das transformações culminando com a criação de novos produtos e, por meio destes, aumentando a complexidade da gestão de risco de incêndio.

Classicamente, a formação na área da saúde, em especial, na área médica, tem seu foco na assistência ao paciente, por intermédio de conhecimentos específicos e habilidades clínicas, utilizando elementos de diagnósticos mais sofisticados para resolver um problema. Entretanto, não é enfatizado no processo de formação o atendimento de múltiplas vítimas em cena de emergência maciça e desastre. Este é um ambiente caracterizado pelo caos, dor, inúmeras vítimas e recursos limitados (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2004, 2007).

Diante disso, o objetivo da presente revisão foi conhecer, compreender e descrever a produção científica sobre os processos de organização de serviços de saúde frente a situações de desastres.

2.2.1 Método

A execução da busca de produção bibliográfica para a revisão integrativa da literatura sobre o tema desastre contou com as seguintes etapas metodológicas: estabelecimento da questão norteadora de pesquisa; seleção e obtenção de artigos (critérios de inclusão e exclusão); avaliação dos estudos pré-selecionados e discussão dos resultados.

A revisão integrativa da literatura possibilita a investigação sistematizada, abrangente e ordenada sobre determinada problemática no campo científico, com o propósito de identificação das possíveis lacunas do conhecimento. É denominada integrativa, porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Na primeira etapa foi elaborada a seguinte questão norteadora para o estudo: qual a produção científica sobre os processos de organização de serviços de saúde frente a situações de desastres.

O presente estudo foi realizado, no período de abril a julho de 2015, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Public Medical (PubMed) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

A identificação dos artigos se deu a partir das seguintes palavras-chave constantes na listagem dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): incêndios, desastres provocados pelo homem, gestão em saúde, equipe de assistência ao paciente, e adicionalmente, foram utilizados os termos: vítimas de acidentes. Assim, foram realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, por meio das seguintes estratégias de busca (Quadro 2). O período de publicação das pesquisas não foi delimitado.

Quadro 2 – Estratégias de busca da pesquisa, LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015

A = desastre	A X B; A X C; A X D; A X E
B = incêndio	B X C; B X D; B X E
C = gestão em saúde	C X D; C X E
D = equipe de assistência ao paciente	D X E
E = vítimas de acidentes	

A seleção dos estudos foi realizada, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 3) para os títulos e os resumos de todos os achados oriundos da busca realizada nas bases de dados.

Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015

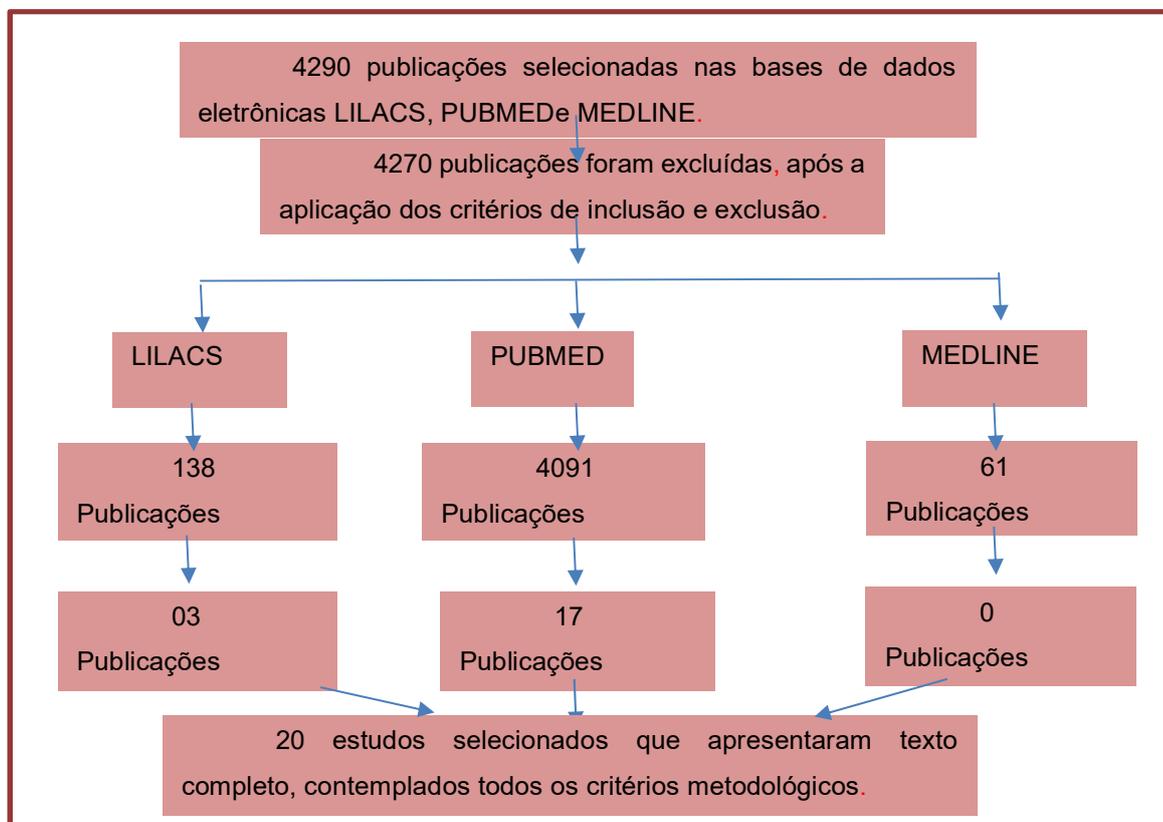
Categorias	Critérios	
	Inclusão	Exclusão
Sujeitos	Indivíduos de ambos os sexos sem limite de idade.	
Desfecho	Gestão em saúde em desastres	Estudos com outros desfechos.
Resultado	Os estudos deveriam apresentar resultados relativos a processos de gestão e equipes de assistência,	Estudos que não apresentassem resultados relacionados a processos de gestão e equipes de assistência.
Tipo de estudo	Artigos originais e relatos de experiência publicados em revistas científicas,	Artigos de revisão, cartas aos editores, protocolos de estudo, comentários, revisões sistemáticas, teses e dissertações.
Idioma	Português, inglês e espanhol.	Outros idiomas.
Forma de apresentação	Textos completos com disponibilidade <i>online</i> gratuita.	Somente resumos e textos não disponíveis.

Na busca realizada nas bases de dados foram identificados 4.290 artigos, dos quais 4.270 foram excluídos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Destacaram-se, 2.230, por não estarem de acordo com a questão norteadora da pesquisa (qual a produção científica sobre os processos de organização de serviços de saúde, frente a situações de desastres); três excluídos, por repetição nas bases de dados; dois, por tratarem-se de revisões sistemáticas; três teses; cinco dissertações e 12 estudos em outros idiomas. Os demais, apresentavam somente os resumos dos estudos.

Dessa forma, o presente estudo foi composto por 20 artigos. A Figura 1 apresenta o número de publicações encontradas e selecionadas, de acordo com as bases de dados pesquisadas.

O Quadro 4 apresenta os estudos, de acordo com os termos pesquisados e as bases de dados em relação aos trabalhos encontrados e selecionados para a amostra da pesquisa.

Figura 1 – Seleção dos estudos, LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015



Quadro 4 – Resultados dos cruzamentos entre os termos e as bases de dados LILACS, PubMed e MEDLINE

Bases de dados/cruzamentos	LILACS		PUBMED		MEDLINE	
	E	S	E	S	E	S
A X B	3	1	573	7	61	0
A X C	21	1	1.857	6	0	0
A X D	1	0	16	0	0	0
A X E	23	1*	740	2**	0	0
B X C	0	0	331	1	0	0
B X D	0	0	3	0	0	0
B X E	1	0	83	0	0	0
C X D	88	0	368	0	0	0
C X E	0	0	108	0	0	0
D X E	1	0	12	1	0	0
Total	138	3	4.091	17	61	0

A= desastres; B= incêndios; C= gestão em saúde; D= equipe de assistência ao paciente; E= vítimas de desastres; X= cruzamentos e= publicações encontradas; s= publicações selecionadas; *= 3 repetidos (não contabilizados); **=1 repetido (não contabilizado).

Percebe-se que a maior parte dos artigos selecionados foram da base Pubmed e o resultado do cruzamento dos descritores: desastre e incêndio (sete artigos), e desastres e gestão em saúde (seis artigos), totalizando 13, dos 20 artigos selecionados para a análise.

2.2.2 Resultados e discussão

Esta pesquisa selecionou 20 artigos, sendo que o período de publicação variou do ano de 1997 a 2015. Foram encontradas publicações de diferentes regiões e países, entre eles: Reino Unido, Austrália, a China, Índia, África do Sul, Coreia, Suécia, Holanda, Peru, Israel (Jerusalém), Canadá, Estados Unidos e Brasil. O Quadro 5 apresenta o título, delineamento, objetivos, avaliação e desfechos dos estudos selecionados para a pesquisa.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PubMed e MEDLINE, 2015

(continua)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiaÇÃO	DESFECHO
1. Shen et al., 2014, China	Desenvolvimento da ciência da gestão de incidentes de vítimas em massa: a reflexão sobre a resposta médica ao terremoto de Wenchuan e ao incêndio no ônibus Hangzhou.	Estudo retrospectivo.	Analisar a resposta médica de um incidente de ICM, a fim de delinear e desenvolver um melhor paradigma de pesquisa para a gestão de ICM.	PubMed, Excerpta Medica (EMBASE), China Wanfang e China Biologia Medicina (CBM) bancos de dados para estudos relevantes.	Inclusão de novos métodos de avaliação de resultados da ICM, entretanto, há a necessidade de pesquisar a questão do fator vulnerabilidade nestas situações.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
2. Gibbs, 2013, Austrália	Após os incêndios: comunidade, resiliência e recuperação.	Estudo epidemiológico longitudinal.	Analisar as comunidades em regiões afetadas por queimadas nas florestas em Victoria, Austrália (2009) e verificar os impactos das queimadas, a longo prazo sobre a saúde mental e as relações sociais das comunidades.	Abordagem etnográfica, pesquisas de rede epidemiológico s e sociais, em profundidade com entrevistas qualitativas e discussões em grupo.	Estudo em andamento. A realização do estudo, ao longo de cinco anos, centrando-se nas redes sociais irá fornecer novas introspecções sobre a interação entre fatores individuais e comunitários e sua influência na recuperação de desastre natural ao longo do tempo. Os resultados do estudo irão, assim, ampliar a compreensão de longo prazo e necessidades de recuperação de desastres para indivíduos e comunidades, informando o melhoramento das políticas e práticas, com impacto na saúde e bem-estar das comunidades afetadas pelo desastre

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
3. Kim, et al., 2013, Coreia	Incidência e taxas de mortalidade de desastres e incidentes em massa na Coreia: Um estudo transversal de base populacional, 2000-2009.	Estudo transversal de base populacional, com base em dados administrativos, 2000-2009.	O objetivo do estudo foi avaliar as taxas de incidência e mortalidade das catástrofes e ICM nos últimos dez anos na Coreia e examinar o sistema de gestão em relação a essas variáveis.	Pesquisa na base de dados do sistema de gestão de desastres.	Ocorreram 115 desastres e 3.079 ICM ocorreram na Coreia. Desastres técnicos ocorreram com maior frequência do que os naturais / ICM. Não houve tendência significativa no tempo-série sobre o número de desastres e ICM. Para ICM, os tipos mais comuns foram os acidentes rodoviários, incêndios e inundações gerais. As inundações e acidentes de transporte foram as principais causas das catástrofes naturais e técnicas / ICM, respectivamente. As taxas brutas de mortalidade, por 100.000 pessoas para desastres e ICM foram 2,36 e 6,78, respectivamente. As taxas de incidência de prejuízo bruto, por 100.000 pessoas para desastres e ICM foram 35,47 e 152, respectivamente. Nós estabelecemos um desastre administrativo EMS-relatados de âmbito nacional e banco de dados MCI, que inclui 10 anos de dados. A incidência e a mortalidade de desastres / ICM na Coreia parece ser mais baixa em comparação à tendência de todo o mundo.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
4. Khorram-Manesh, Hedelin, Ortenwall, 2009, Suécia	Coordenação regional em emergências médicas e incidentes graves; planejar, executar e ensinar.	Descritivo	Analisar a criação de um centro médico de resposta a desastres na sequência de um incêndio em uma discoteca em Gotemburgo que causou 63 mortes e mais de 200 feridos.	Análise de um banco de dados do centro, durante um período de três anos.	Os dados apresentados indicaram que o centro havia alcançado seus principais objetivos. A organização regional com executivas, de planejamento, de ensino e formação de responsabilidades oferece possibilidades de planejamento, ensino e formação médica em desastres, proporcionando <i>feedback</i> imediato, baseado em incidentes reais.
5 Roorda, et al., 2004, Holanda	Efeitos na saúde em situações pós-desastre: estratégias para a investigação e a coleta de dados. Experiências do desastre com fogos de artifício em Enschede.	Epidemiológico longitudinal.	Investigar os efeitos físicos e psicológicos da catástrofe.	Questionário aplicado à comunidade, pessoal dos serviços de emergência e pessoas que se encontravam na área no momento. O acompanhamento começou três semanas depois do incidente e foi repetido 18 meses e 4 anos após. O monitoramento foi realizado durante um período de quatro anos por clínicos gerais, serviços locais de saúde mental, serviços de saúde ocupacional. Serviços de saúde de jovens.	Os resultados do apresentaram um documento com os possíveis efeitos sobre a saúde num pós-desastre, demonstrando a preocupação do seguimento das vítimas em relação ao estresse pós-traumático.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
6 Ormer, et al., 1995, Reino Unido	Estudo e desenvolvimento dos serviços críticos de gestão, incidentes de estresse, no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e outros serviços de emergência: 1993-1996.	Estudo descritivo exploratório.	Realizar estudo sobre as atividades dos serviços críticos de gestão, incidentes de estresse, no Reino Unido.	Questionário aplicado a médicos do trabalho e membros da Associação de Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido.	Os resultados do inquérito indicaram a importância do cuidado com a equipe, após grandes incidentes evitando situações de estresse pós-traumático. Referiram a necessidade da criação de centros regionais para esse fim com responsabilidades municipais e federais.
7 Forbes, et al., 2012, Austrália	Seguimentos dos incêndios de Gippsland, 2009: percepções de suporte social pós-desastre dos adultos jovens	Estudo exploratório qualitativo.	Analisar as percepções de suporte social pós-desastre dos jovens que estavam na boate “The Black Saturday”.	Entrevista semiestruturada, com transcrições analisadas, utilizando a Análise de Conteúdo.	A maioria dos participantes sentiu que foi marginalizada e não tinha um senso de engajamento no processo de recuperação.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	DESFECHO
8. Arce-Palomino, 2008, Peru	8 Grandes incêndios urbanos: Lima 2001.	Descritivo	Descrever as ações ocorridas num incêndio em área comercial da cidade de Lima, que causou 277 mortes e 247 feridos.	Observação e descrição das características da tragédia, ações e organização, trabalho interdisciplinar e a participação do Corpo Geral de Bombeiros e dos voluntários.	Necessidade urgente da criação de um Sistema Nacional de Proteção da Assistência Médica e Emergência de Desastres, com a finalidade de melhorar a resposta regional e local para grandes emergências e desastres com regulação regional e local; - gestão de recursos humanos (organizações comunitárias regulares e gestão de voluntários); -no estado instituições devem procurar o exercício proativo e não cíclico; -na comunidade deve ser instituída a cultura de segurança, desde a pré-escola até níveis de graduação e pós-graduação, e estabelecer um apoio a esta legislação; -o setor da saúde deve reforçar ações para fortalecer a preparação para emergências e desastres.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	DESFECHO
9 Avitzour et al., 2004, Jerusalém	Aspectos organizacionais intra e extra-hospitalares de um evento multicausal.	Prospectivo	Estudar a gestão de um desastre do ponto de vista extra e intra hospitalar, salvamento, implantação de serviços médicos de emergência e evacuação de vítimas, implantação departamento de emergência, equipe, exames de imagem, hospitalização, referência secundária e transferência inter-hospitalar de pacientes.	Prontuários, entrevistas por telefone e sistema informatizado do hospital.	Os eventos multicausais conduzem a uma série de fenômenos de estrangulamento extra e intra-hospitalares. Para a máxima eficiência, os hospitais precisam coordenar plenamente o fluxo e a transferência de pacientes com os serviços de emergência extra-hospitalares com outros hospitais. Cada hospital necessita da implantação do seu centro operacional, que deve gerenciar e monitorar os recursos do mesmo e facilitar a comunicação com as demais instituições.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	DESFECHO
10 Legemaate, Burkle, Bierens, 2012, Reino Unido	A avaliação de métodos de investigação, durante simulação de desastre: aplicabilidade para melhorar a gestão de saúde em desastres.	Retrospectivo	Investigar a utilidade de questionários e de comentários para avaliar o desempenho do gerenciamento de incidentes, o fluxo de pacientes, a qualidade da distribuição de pacientes, e a capacidade de um hospital terciário durante um exercício de??.	Entrevista semiestruturada	Os questionários utilizados parecem ter gerado informação utilizável quanto ao desempenho do gerenciamento de acidentes. Não foi possível estudar o fluxo de pacientes e a qualidade da distribuição dos pacientes, devido à falta de dados ou dados incompletos nos gráficos utilizados. A capacidade de resposta pode ser medida com mais precisão, quando ocorrer avaliação em intervalos de dez minutos. Também demonstrou cumprimento insuficiente pelos participantes em matéria de registro dados durante a simulação. Mais pesquisas são necessárias para entender se a inclusão de instrumentos de pesquisa potenciais em simulação de desastres pode melhorar a qualidade da gestão da saúde de futuros desastres.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
11 Satapathy, e Walia, 2007, Índia	Percepção de uma gestão de desastres incêndio na Índia: uma análise situacional.	Retrospectivo com abordagem qualitativa e quantitativa.	Identificar os fatores que levam ao fogo e as subsequentes lesões e mortes; determinar o status de alívio e medidas de reabilitação; analisar o impacto da gestão de crises e atividades de socorro e reabilitação; determinar o nível geral de satisfação do famílias afetadas relativas à gestão e resposta à situação; determinar as percepções dos gestores envolvidos sobre a eficácia dos esforços de resposta.	Entrevista semiestruturada.	Enquanto a percepção pelos participantes do estudo em relação à gestão do desastre foi altamente satisfatória, alguns componentes de gestão de desastres, particularmente, os serviços de saúde mental exigem maior atenção em todos os níveis.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
12 Bisson, Tendas. 2010, Reino Unido	Desenvolvimento de diretrizes de atenção psicossocial em situações de pós-desastre por meio de um Sistema Delphi.	Não definido.	Desenvolver diretrizes psicossociais pós-desastre baseadas em evidências, servindo de orientações para gestão.	Entrevista com questões abertas e fechadas, por meio de um sistema Delphi, com base na <i>web</i> de 106 peritos usando uma escala com avaliação de zero a nove em relação às respostas de 80 participantes.	O Sistema Delphi demonstrou ser valioso na questão da atenção psicossocial em situações pós-desastre, permitindo um consenso numa área onde existiam limitações atuais em evidência. As três declarações que os participantes concordaram fortemente foram: "o plano de atenção psicossocial deve ser incorporado no plano global de catástrofe"; "a resposta inicial requer apoio prático e pragmático fornecido de uma forma empática"; "autoajuda da comunidade e o apoio social devem ser facilitados".
13 Lee et al., 2012, Reino Unido	Gestão de emergências em saúde: questões-chave e desafios no Reino Unido.	Descritiva, com abordagem qualitativa.	Analisar os requisitos básicos para o planejamento de emergência no contexto da saúde do Reino Unido.	Entrevistas semiestruturadas.	O estudo resultou em 4 categorias temáticas distintas: o conhecimento de base usado para a gestão de emergências: o comportamento individual e organizacional, os problemas do sistema de saúde e as questões relativas ao público em situações de crise / desastre. Concluíram que estas categorias temáticas não eram independentes e que existia uma necessidade de construir, no Reino Unido, uma sólida base de evidências, por meio de pesquisas com o indivíduo e a população, em nível de sistema organizacional e temas em planejamento de emergência.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
14 O’ Sullivan et al. 2013, Canadá	Desvendando as complexidades da gestão de desastres: um quadro de infraestrutura social é fundamental para promover a saúde da população e a resiliência.	Pesquisa participativa baseada na comunidade utilizando nove consultas de grupos (n = 143) em cinco comunidades do Canadá.	Explorar a complexidade dos desastres, para determinar as alavancas de ação em que intervenções podem ser utilizadas para facilitar a ação colaborativa e promover a saúde entre as populações de alto risco.	Entrevista semiestruturada.	Os resultados deste estudo reforçaram a necessidade de se passar de um modelo de comando e controle para um de colaboração, o qual está centrado na infraestrutura social para promover a saúde da população. Os autores referiram que promover a saúde da população em um contexto de desastres requer uma mudança de gestão do risco para a resiliência, que, por sua própria natureza, reconhece a mudança de complexidades.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	DESFECHO
15 Supe e Satoskar, 2008, Índia	Respostas dos serviços de saúde para as catástrofes em Mumbai: compartilhamento de experiências.	Relato de experiência.	Relatar a organização de um sistema para o cuidado médico emergencial às vítimas de catástrofes na Índia.	Não definido.	A redução da morbimortalidade em desastres de massas pode ser alcançada por um sistema organizado, conciso, flexível, com protocolo da calamidade e treinamento frequente. Cada hospital deve ter uma gestão de desastres, uma comissão com o plano de gestão de desastres flexível. Cada membro da equipe de desastre deve ser exposto a este plano e treinos regulares. Cada hospital deve estar sintonizado com outras agências, como polícia, bombeiros, e agências de paramédicos, para um melhor desempenho das equipes de desastres em situações críticas, redução da morbidade e mortalidade. Um programa de gestão de desastres deve ser incluído no currículo de graduação em Medicina. Um plano bem estabelecido, equipe, especialmente treinada, podem levar a resultados significativos nos desastres de massa que ocorrem comumente na Índia.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
16 MacFarlane Joffe e Naidoo, 2006, África do Sul	Formação de gestores de desastres em nível de licenciatura num programa de mestrado: do atendimento de emergência ao controle da gestão.	Relato de experiência.	Desenvolvimento de um mestrado em Saúde Pública na Gestão de Desastres. Objetivou preparar os profissionais das áreas de saúde e afins, a desempenhar um papel de liderança na gestão, melhoria e avaliação da saúde e do sistema de saúde.	Não definido.	Médicos de emergência e outros profissionais da saúde têm papel importante no desempenho da gestão de catástrofes e desastres tornando-se necessária a participação deles em programas educacionais. O Mestrado em Saúde Pública na Gestão de Desastres, da Universidade de gestão de desastres, Witwatersrand, é uma tentativa de suprir a falta da capacitação local e continental de gestores de catástrofes. Esta formação inclui o conhecimento necessário para fazer a gestão global e a coordenação necessária para emergências relacionadas a catástrofes que são experiências das na África. O interesse no programa tem sido expresso pelos países africanos para o Norte da África do Sul e espera-se que esta formação possa ser estendida ao longo do continente.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(continuação)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
17 Niekerk, 2014, África do Sul	Uma análise crítica da Lei de Gestão de Desastres e Estrutura Política Sul-Africana.	Análise crítica.	Analisar a Lei de Gestão de Desastres e Estrutura Política Sul-Africana.	Entrevista semiestruturada	A Lei de Gestão de Desastres Sul-Africana e a estrutura política fornecem a todas as esferas de governo a realização da redução de risco. No entanto, os resultados da investigação mostraram uma clara indicação de que a implementação da política e da legislação não foi inteiramente bem-sucedida. O autor sugere que, embora as leis existam, são necessárias constantes reavaliações das ações e a promoção de alterações nos pontos insuficientes.
18 Richards, Novak e Davis, 2009, EUA	Resposta ao desastre, após o furacão Katrina: o modelo de parceria academia-comunidade no Mississippi.	Relato de experiência.	Analisar o quadro de ensino-serviço, planejamento do curso, e implementação de um projeto de desastres pós-furacão de três anos.	Foram realizadas quatro visitas de estudantes e docentes nas comunidades afetadas pelo furacão. O relato utilizou categorias referentes ao processo, às comunidades e parcerias e à equipe da universidade.	O estudo expandiu o domínio do conhecimento da enfermagem, melhorou a aprendizagem dos alunos, preparando-os para a liderança em seus locais de trabalho, por meio da aplicação da ciência e do engajamento de enfermagem nos locais, auxiliando as definições globais de saúde e defesa do meio, bem como a participação da na legislação de saúde e política, com respeito às diversidades populacionais. O estabelecimento de parcerias entre a comunidade e as universidades foram úteis e desempenharam um papel significativo na abordagem local, em relação aos problemas e a revitalização do local e das pessoas afetadas no desastre.

Quadro 5 – Estudo, delineamento, objetivo, avaliação e desfecho dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, PUBMED e MEDLINE, 2015

(conclusão)

AUTOR, ANO, PAÍS	ESTUDO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	AValiação	DESFECHO
19 Dal Ponte et al., 2015, Brasil	Resposta às vítimas em massa da boate Kiss. Santa Maria, RS.	Relato de experiência.	Analisar a resposta em relação ao desastre ocorrido numa boate, em 27 de janeiro de 2013.		As principais falhas no processo de resposta ao desastre, a insuficiência de controle no local do desastre e a comunicação. Por causa de sua falta de formação e experiência, os policiais não cumpriram, com sucesso, seu papel principal, que era de isolar a área e proporcionar segurança a todos. Os autores concluíram que a inexistência de um plano de resposta às catástrofes em Santa Maria fez com que a organização da resposta fosse dificultada, especialmente, em relação à resposta pré-hospitalar.
20. Zhou, et al., 2013, China	Prevalência e fatores de risco de sobreviventes adultos, seis meses após o terremoto de Wenchuan.	Epidemiológico	Estimar a prevalência de Transtorno de Estresse Pós-traumático; explorar os fatores de risco a ela associados em adultos sobreviventes seis meses após o terremoto de Wenchuan, na China.	Testes psicológicos específicos em adultos sobreviventes (n=14.207), seis meses após o terremoto de Wenchuan. O estudo incluiu 180 investigadores (psiquiatras, enfermeiros e psicólogos clínicos).	15,57% dos sobreviventes apresentaram Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), uma taxa relativamente baixa em relação a outros desastres. Os fatores de risco incluíram: idade avançada, sexo feminino, viver sozinho, ter ficado soterrado ou ferido, ter sido operado, após o terremoto, e ter testemunhado alguém ter ficado ferido, soterrado ou ter ido a óbito durante o terremoto.

A análise dos resultados culminou na elaboração das seguintes categorias analíticas:

- a) incidências de desastres em massa e os processos de gestão do atendimento;
- b) centros de referência para o atendimento em situação de desastres;
- c) legislações: a produção de normativas para o enfrentamento de desastres;
- d) avaliação das respostas aos desastres;
- e) saúde mental nas situações de desastres;
- f) estado geral de saúde no pós-desastre;

- g) formação de equipes assistenciais às situações de desastre.

2.2.2.1 Incidência de desastres em massa e os processos de gestão do atendimento

O estudo de Kim et al. (2013) avaliou as taxas de incidência e mortalidade das catástrofes e da ICM nos últimos dez anos na Coreia. Desses eventos, 115 e 3.079 casos foram definidos como catástrofes e ICM, respectivamente. A incidência de desastres técnicos/ICM foi aproximadamente 12,7 vezes maior do que a de desastres naturais/ICM. Nos últimos dez anos, as taxas brutas de mortalidade para desastres e ICM foram 2,36 mortes por 100.000 pessoas e 6,78 mortes por 100.000 pessoas, respectivamente. As taxas de incidência de prejuízo de desastres e ICM foram 25,47 lesões, por 100.000 pessoas e 152 lesões, por 100.000 pessoas, respectivamente. Entretanto, a incidência e a mortalidade de desastres/ICM, na Coreia, se mostraram inferiores, quando comparadas com as evidências mundiais.

Numa situação de desastre, o desafio é conseguir o melhor resultado com os recursos disponíveis, o que requer níveis adequados de planejamento, organização, direção e controle (OPS, 2004, 2007). O estudo de Arce-Palomino (2008) analisou o processo de gestão do incêndio numa área comercial de Lima (Peru), em que morreram 277 pessoas, deixando 247 feridos. O autor analisou o episódio no local do impacto imediato e tardio do incêndio e destacou alguns aspectos doutrinários de gestão de emergências em incidentes de massa, tendo vista os princípios que formaram a base do atendimento. Dentre os aspectos, destacaram-se:

- a) organização da resposta: consistência do processo de aviso; mobilização e gestão dos recursos disponíveis; gestão adequada em cena; organização ligada à pré-hospitalar e hospitalar; gestão do fluxo de vítimas; gestão de evacuações primárias e secundárias; informação atualizada às autoridades e parentes das vítimas;
- b) atividades sistemáticas no local (controle emergencial, do ponto de vista dos cuidados de saúde): avaliação da situação; segurança; definição das áreas de acesso; definição de áreas de trabalho; busca e salvamento; assistência médica no local; comunicação; gestão da informação e evacuação controlada.

O planejamento da atenção e do socorro para situações de emergência tem crescido consideravelmente, no Reino Unido, nos últimos anos, impulsionado pela ameaça de terrorismo. Lee et al. (2012) analisaram os requisitos básicos para o planejamento da ação em situações de emergência no contexto da saúde do Reino Unido. O estudo envolveu entrevistas semiestruturadas, com gestores, profissionais e com a comunidade em geral. A amostragem foi intencional para obter uma maior amplitude de respostas nas várias instâncias envolvidas do

planejamento de emergência. Nesse estudo, foram realizadas 17 entrevistas, mostrando que os problemas operacionais eram maiores que os aspectos técnicos do planejamento da ação de emergência. As lacunas do conhecimento social e comportamental foram destaque em relação a como os indivíduos e as organizações lidaram com o risco e se comportaram em situações de emergência.

O estudo de Lee et al. (2012) identificou quatro categorias temáticas: a base do conhecimento usada para a gestão de situações de emergência; o comportamento individual e organizacional; os problemas do sistema de saúde e as questões relacionadas ao público em situações de crise / desastre.

O conhecimento para a atuação em situações de emergência inclui questões de como é adquirido, avaliado, disseminado, aprovado e mantido. A categoria do comportamento em situações de emergência inclui a tomada de decisões, o comportamento organizacional na crise, bem como a gestão de riscos. Os problemas do sistema de saúde referem-se à organização e à configuração do sistema de gestão emergencial, relativo ao funcionamento do processo, aos desafios de implementação, bem como os problemas advindos da forma como os resultados são identificados e as medidas são tomadas em situações de emergência. A última categoria, a dimensão pública, abrange atitudes e expectativas do público, a comunicação, o envolvimento da comunidade e o desenvolvimento de resiliência das comunidades.

No estudo de Lee et al. (2012), os autores sugerem que uma exploração mais aprofundada em relação às questões sociais e comportamentais faz-se necessária para maior compreensão de como os indivíduos se envolvem e se comportam em emergências. Nas questões da organização em situações de emergência foram identificados vários problemas organizacionais conflitantes, tais como: o valor financeiro existente e necessário em relação ao plano e a flexibilidade em relação a procedimentos padronizados de cima para baixo versus o envolvimento de baixo para cima. Quanto ao sistema de gestão das situações de emergência são necessários mais estudos relativos à configuração dos sistemas e a sua operação, o envolvimento do público e a forma de avaliação do planejamento da atuação para responder às emergências.

Desta forma, torna-se importante salientar que a gestão das circunstâncias de emergência é, muitas vezes, erroneamente, entendida como apenas as atividades relacionadas à resposta para uma situação imediata. No entanto, o manejo de situações emergenciais envolve um conjunto de atividades que demandam a continuidade dos processos de gestão e de planejamento, treinamento, preparação para a ação e de reabilitação das condições perdidas, a partir das situações de emergência (CHALLEN; WALTER, 2006; WILLIAMS et al., 2007).

Para Lee, Chiu e Chen (2002) e Perry (2003), a utilização de treinamento das equipes e o conhecimento dos *guidelines* são formas importantes para a formação e a padronização das equipes de salvamento.

Os aspectos fundamentais para desvendar as complexidades da gestão de desastres são o reconhecimento das interdependências entre cuidados de saúde e os sistemas sociais mais amplos e como eles se relacionam para promover a saúde e a resiliência, antes, durante e depois de uma crise. Enquanto a literatura recente expandiu a compreensão da complexidade dos desastres no nível macro, poucos estudos examinaram empiricamente os elementos de infraestrutura social, fundamentais no nível micro (O’SULLIVAN et al. 2013).

A complexidade é uma característica de eventos de grande escala, mas também se manifesta nos desastres de rotina, tais como inundações, tornados, surtos e eventos de materiais perigosos que ocorrem com mais frequência. Todos estes eventos apresentam altos níveis de incerteza e necessitam de colaboração e ação de vários setores, que fazem parte do complexo adaptativo dos sistemas (ANSELL; BOIN; KELLER, 2010).

A teoria da complexidade e dos seus princípios básicos, tais como: emergência, auto-organização, não linearidade, adaptabilidade e conectividade, são bem adequadas para estudar a natureza dinâmica de gerenciamento de desastres. Esta teoria tem sido útil na análise de sistemas adaptativos complexos, tais como as organizações de saúde, fornecendo conhecimento para auxiliar no desenvolvimento de políticas, de projeto de tecnologia da informação e de ambientes de trabalho que suportam a prestação de assistência ao paciente (BURNS, 2001).

O quadro-referência de complexidade reconhece as interações entre os componentes do sistema e entre um dado do sistema e a amplitude do ambiente (COIERA, 2011). Cada fase de um desastre demandam objetivos distintos para o planejamento e para a ação e tem seu próprio grau de complexidade, incluindo exigências temporais, envolvimento organizacional e necessidades funcionais de colaboração. As fases de atuação, em caso de desastres podem ser de resposta curta enquanto que os esforços de recuperação podem se estender por semanas, meses e anos (WYCHE et al., 2011).

O estudo de O’Sullivan et al. (2013) buscou explorar a complexidade dos desastres, para determinar os pontos-chave de ação em que intervenções podem ser utilizadas para promover a saúde entre as populações de alto risco. Os temas centrais que surgiram neste estudo e que se referem à complexidade, consideram os seguintes aspectos: a gestão de contextos dinâmicos; a consciência situacional e a interconectividade; o planejamento flexível para garantir resposta adaptativa; a participação ativa e os desafios do trabalho colaborativo. Os autores referem que promover a saúde da população em um contexto de desastres requer uma mudança da gestão

do risco para uma gestão de resiliência que, por sua própria natureza, reconhece as mudanças de complexidades.

A pesquisa de Avitzour et al. (2004) discorreu sobre um episódio de desabamento de três andares, num prédio de Jerusalém, vitimando 338 indivíduos, que participavam de uma festa de casamento (48% de 700 convidados), dos quais 23 foram a óbito e 315 ficaram feridos. A faixa etária compreendeu indivíduos de 2 a 77 anos em que 50% eram de 15 a 34 anos de idade. As vítimas apresentaram lesões causadas pela queda em si, e pelo esmagamento de uma pessoa sobre a outra. Durante a queda, 70% das vítimas foram atingidas por detritos da construção e por outras pessoas. Diferentes etapas constituíram o processo de assistência emergencial do desastre, a saber:

- a) **Resgate e evacuação:** foram feitas chamadas policiais e o serviço assistencial médico acionou mais de 30 ambulâncias e equipes de emergência (foram mobilizados 600 técnicos de emergência, 40 paramédicos, e 15 médicos- cirurgiões, 97 ambulâncias, com suporte básico de vida, 18 ambulâncias de terapia intensiva e seis estações móveis de primeiros socorros).
- b) **Tempo de evacuação:** na primeira hora, 130 vítimas (42%) foram evacuadas e as restantes, até duas horas após o desastre.
- c) **Admissões no Departamento de Emergência:** as primeiras vítimas chegaram ao hospital aos 21 minutos após o desastre. O fluxo de vítimas durou até quatro horas seguintes ao episódio, mas algumas vítimas chegaram até três dias após o evento.
- d) **Transferências de hospitais:** houve transferência de 32 feridos para outro hospital. A taxa de ocupação dos hospitais estavam entre 73% a 164% e, após o evento, foram para 163% a 268% da sua capacidade.
- e) **Tomografia computadorizada:** foi um dos exames mais prevalentes.
- f) **Hospitalização:** 43% das vítimas foram hospitalizadas e 70% destas apresentavam ferimentos múltiplos.

As principais lições aprendidas, a partir deste desastre, foram que a unificação do comando médico facilitaria uma resposta rápida na cena do desastre, a plena utilização de todos recursos médicos, a triagem e a evacuação precoce de vítimas para hospitais próximos. Além disso, sem a centralização torna-se necessário o envio de um maior número de ambulâncias para o local. Destaca-se que o tratamento no local do incidente deve limitar-se à triagem e a procedimentos de salvamento das vítimas. Salienta-se a importância de mais equipes médicas nos locais de recepção (hospitais) dos pacientes, de equipes bem treinadas nas ambulâncias e da implantação de um sistema de comunicação eficiente entre as equipes que atuam no local do

desastre e as equipes hospitalares. O desenvolvimento de um sistema de triagem e o encaminhamento dos pacientes aos serviços deve adequar-se à gravidade do caso, criando um fluxo unidirecional, sem que haja retorno às equipes básicas do cuidado (AVITZOUR et al., 2004).

Supe e Satoskar (2008) relataram em seu estudo o planejamento de resposta de desastres na Índia, apresentando as atribuições dos componentes essenciais de respostas à situação de emergência:

- a) **Estrutura de comando:** atribuída a vários níveis de comando municipal, estadual e federal. Em nível nacional, incluiu o Vice-Primeiro Ministro, o Ministro da Agricultura, o Ministro das Finanças e o Vice-Presidente. Esta comissão estava vinculada à Divisão de Gestão de Desastres, do Ministério da Administração Interna. O Governo do Estado constituiu a divisão do Centro de Operações de Emergência (COE), sob a liderança do Secretário do Departamento de Socorro e Reabilitação. À gestão municipal coube o manejo pré-hospitalar das vítimas.
- b) **Resposta de emergência:** atribuída ao município, por intermédio de um comando central, compreendendo a interligação entre a polícia e os bombeiros. Em desastres de grandes proporções, é acionada a esfera estadual e federal.
- c) **Atendimento pré-hospitalar:** atribuído ao Corpo de Bombeiros que, inicialmente, somente transportava as vítimas, sendo criado, posteriormente, um grupo de paramédicos treinados em Serviços Médicos de Emergência. Eles são treinados para manterem o suporte básico de vida e utilizarem protocolos de reanimação, mediante prescrição médica.
- d) **Comunicação:** o sistema de comunicação é útil, por meio da notificação rápida para as unidades adequadas e a implementação de procedimentos de emergência. As unidades de bombeiros e a polícia estão ligadas, por intermédio de uma rede de comunicação sem fio. Entretanto, as ambulâncias e os serviços de referência, como os hospitais, também podem usar esta rede para uma comunicação eficaz, assim como os telefones celulares pessoais.
- e) **Retirada das vítimas:** em caso de acidentes de carro, fica a cargo da polícia, das equipes de resgate, paramédicos ou voluntários, entretanto, a libertação das vítimas dos destroços é de responsabilidade do Corpo de Bombeiros.
- f) **Transporte:** feito por ambulâncias com paramédicos treinados.
- g) **Gestão da multidão de curiosos:** atribuída à polícia.

- h) **Resposta hospitalar de emergência:** pode ser realizada por hospitais públicos e privados.
- i) **Planos de gestão de desastres (PGD):** em Mumbai existem quatro hospitais e cada um possui seu plano de gestão de desastre em que são realizadas reavaliações periódicas e simulações (treinamentos) mensais.
- j) **Ativação da PGD:** há uma estrutura básica em todos os hospitais. O primeiro passo envolve o mecanismo de recepção das informações do desastre, por meio da sala de controle que funciona 24 h por dia. A informação é comunicada ao médico de plantão da emergência e este realiza a avaliação da magnitude do desastre, com base nas informações disponíveis e decide a necessidade de ativação do DMP. A gestão superior do hospital é comunicada e iniciam-se os cuidados emergenciais.
- k) **Triagem das vítimas:** inclui a avaliação das lesões e a identificação da amplitude do desastre. As vítimas são classificadas, conforme a gravidade e a necessidade de cuidados imediatos, por meio de etiquetas coloridas. A etiqueta vermelha significa estado crítico, a azul, representa sobrevida improvável ou necessidade de grandes cuidados, ou ainda passível de complicações dentro dos próximos minutos. As vítimas com etiqueta amarela apresentam probabilidade de sobrevida, sendo necessários cuidados, dentro de poucas horas, com indicação de internação hospitalar. A cor verde representa que as vítimas podem aguardar por horas ou dias pelo seu tratamento, devendo ser encaminhadas aos ambulatórios. A cor preta é utilizada para os óbitos, cujos corpos recebem o cuidado inicial antes de levá-los ao necrotério.
- l) **Suprimentos e equipamentos médicos:** os suprimentos de emergência estão estocados em uma sala (almoxarifado), que é aberta no caso de vítimas em massa. A administração do hospital prevê o quantitativo adequado de vias aéreas, linhas intravenosas, soluções, tubos de drenagem, sonda nasogástrica, agentes anestésicos, talas e medicamentos. As necessidades adicionais são fornecidas por empresas de materiais hospitalares. As salas de cirurgia de rotina são abertas e disponibilizadas para a emergência, sendo canceladas as cirurgias eletivas, se necessário. Os equipamentos especiais, como monitores, ventiladores e oxímetros de pulso são recebidos e organizados, de forma que não falem para o cuidado e, caso sejam necessárias outras unidades de saúde, estas serão acionadas para enviarem seus equipamentos para o hospital.

- m) **Pessoal:** são chamados, via telefone, servidores de todos os quadros (assistenciais e administrativos), mesmo que não estejam em escala de plantão. A equipe da escala será convocada a permanecer no hospital, após o seu horário de plantão.
- n) **Gestão de multidões no hospital:** as famílias, geralmente, vêm para os hospitais, durante desastres para buscar informações sobre seus familiares. Várias listas, colocadas em destaque, exibem informações de pacientes internados com suas localizações no hospital. O pessoal administrativo da recepção fornece informações precisas e adequadas. Boletins periódicos são emitidos em relação à condição e à evolução dos pacientes. A tarefa de direcionar os familiares para longe das áreas operacionais é de responsabilidade do departamento de segurança do hospital.
- o) **Imprensa:** a imprensa é recebida pelo médico-chefe, o qual fornece entrevistas, e entrega cópias de boletins informativos atualizados.

Supé e Satoskar (2008) referem, ainda, uma série de recomendações para o Planejamento de Gestão de Desastres de Massa, conforme descrito, a seguir:

- a) **Planejamento hospitalar:** todos os hospitais devem ter um comitê de desastres, composto por representantes da equipe de saúde e dos gestores (administrativos). O comitê deve formular um plano de desastre, que precisa ser flexível, o suficiente, para atender as demandas de grandes catástrofes, mas que seja prático e atento à capacidade do hospital em prestar assistência em traumas, sua localização, pessoal e recursos. Um manual que define este plano deve ser amplamente difundido e de fácil acesso, durante todas as situações de desastre, e o manual deve enfatizar os itens que auxiliem na organização de equipes específicas para atender os desastres. Competem ao comitê a divulgação e a reavaliação do manual, dependendo da necessidade do hospital e da comunidade. O plano de emergência deve ser testado trimestralmente, sob a forma de treinamento, sendo que o diretor do plano de desastre deve ser um médico ou um cirurgião, com experiência em administração e atendimento a traumas.
- b) **Planejamento comunitário:** o planejamento de desastres é de responsabilidade de todos os setores da comunidade. A brigada de polícia, bombeiros, defesa civil, guarda municipal, imprensa, clero, indústrias e grupos comunitários devem participar do planejamento da calamidade. A comunidade, como um todo, tem a responsabilidade de ensinar os primeiros socorros a grupos na comunidade, que podem ser utilizados em situações de desastre. É fundamental que haja comunicação

entre o local do desastre e os hospitais, assim os pacientes podem ser distribuídos a vários hospitais, dependendo da sua capacidade.

Treinamento em planejamento de desastres: há necessidade da introdução de um currículo especial para o planejamento de desastre na graduação de cursos da saúde, assim como em nível técnico. Programas de treinamento devem ser realizados regularmente. Desta forma, a redução da mortalidade e a morbidade em desastres de massas podem ser alcançadas por um sistema bem organizado, conciso, mas flexível, com protocolo da calamidade e treinamento frequente.

Cada hospital deve ter uma gestão de desastres e uma comissão, com o plano flexível de gestão de desastres. Cada membro da equipe de desastre deve ser exposto a este plano e treinos regulares. Cada hospital deve estar sintonizado com outras agências, como polícia, bombeiros, e agências de paramédicos, para um melhor desempenho das equipes de desastres em situações críticas, bem como para a redução da morbidade e mortalidade. Um programa de gestão de desastres precisa ser incluído no currículo de graduação em Medicina de cada faculdade. Um plano bem estabelecido e uma equipe especialmente treinada, podem levar a resultados mais significativos nos desastres de massa que ocorrem comumente na Índia (SUPE; SATOSKAR, 2008).

Dal Ponte et al. (2015) descrevem o incêndio na discoteca Kiss (Santa Maria, Brasil) que vitimou centenas de estudantes universitários, levando a óbito 242 pessoas e deixando muitos sobreviventes. Os policiais militares foram os primeiros a chegarem na cena, seguidos pelo Corpo de Bombeiros do Estado e as ambulâncias municipais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O número de vítimas não foi claramente comunicado. As diversas unidades, que chegavam à cena, determinaram a insuficiência de pessoal de salvamento e de equipamentos. Foi criado no local um Comando de Incidentes, entretanto, as equipes de resgate e da polícia foram incapazes de controlar o caos formado pela aglomeração de transeuntes, tentando ajudar nos esforços de resgate.

O Centro Desportivo Municipal da cidade foi designado como o local para a recepção dos cadáveres, onde ocorreu a identificação das vítimas e a comunicação com as famílias, assim como, a avaliação clínica, que determinou a principal causa de morte, a asfixia. Um centro de comando foi estabelecido no Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo, em Santa Maria, para direcionar para onde os pacientes deveriam ser admitidos, recrutar o pessoal e adquirir fornecimentos adicionais de materiais de emergência, conforme necessário. As vítimas sofreram, principalmente, inalação de fumaça e muitos tiveram que fazer uso de intubação endotraqueal e ventilação mecânica. Houve falta de ventiladores, portanto, alguns foram

emprestados por outros hospitais locais, cidades vizinhas e áreas distantes do Estado. Um total de 57 pacientes foi transferido para hospitais da capital em Porto Alegre, Brasil.

Dal Ponte et al. (2015) destacam que as principais falhas no processo de resposta ao desastre foram a insuficiência de controle no local do desastre e a comunicação. Por causa de sua falta de formação e experiência, os policiais não cumpriram, com sucesso, seu papel principal, que era o de isolar a área e proporcionar segurança a todos. Concluíram os autores que a inexistência de um plano de resposta às catástrofes em Santa Maria fez com que a organização da resposta fosse dificultada, especialmente, em relação à resposta pré-hospitalar.

Em contrapartida, incêndios que resultam em um grande número de mortes e lesões são bastante comuns na Índia, apresentando muitos desafios de gestão pelas situações complexas de emergência que evidenciam. O estudo de Satapathy e Walia (2007) foi realizado três meses e meio após um incêndio numa escola da Índia, que resultou na morte de 93 crianças. O estudo incluiu os pais de vítimas fatais e sobreviventes, a equipe local, organizações não-governamentais (ONG), que trabalharam com as famílias, gestores hospitalares, representantes da mídia e gestores de departamentos governamentais, especialmente, da Educação e do Departamento de Administração.

Os resultados mostraram a importância da escola em aderir aos regulamentos de segurança; o papel relevante e eficaz da reabilitação; a parceria público-privada em gerenciamento de desastres; a importância do gerenciamento da mídia e a assistência humanitária, durante a gestão de crises e serviços prestados para reduzir os riscos de saúde mental para as crianças e às famílias que perderam seus filhos no incidente. Um adequado sistema de cuidado de saúde mental e psicossocial foi percebido, neste estudo, como uma necessidade desafiadora em desastres dessa natureza.

2.2.2.2 Centros de referência para atendimento em situação de desastres

As implicações de um desastre necessitam de infraestrutura de cuidados básicos de saúde, que precisa ser ampliada e adaptada, tanto de forma quantitativa como qualitativa (ARNOLD, 2002; EPLEY et al., 2006). As organizações envolvidas precisam ser coordenadas e seguir planos de resposta pré-definidos, sistemas de comando, controle e funções de apoio para combater os substanciais desafios apresentados nas cenas (KLEINE; NAGEL, 2007; REDWOOD-CAMPBELL; RIDDEZ 2006).

Após o episódio de um incêndio em Gotemburgo, em 1998, que causou 63 óbitos e mais de 200 feridos foi criado um Centro Médico de Referência (CMR). A pesquisa de Khorram-

Manesh, Hedelin e Örtenwall (2009) aborda a questão da criação deste centro de referência e analisa suas ações em relação ao planejamento, execução de atividades e aprendizados. O estudo relata que todas as informações de alertas do CMR foram introduzidas numa base de dados na *Web*. Os dados foram analisados durante um período de três anos. Os autores referiram que houve um aumento no número de alertas, entre 2006 e 2008, o que resultou em 6.293 atividades, incluindo avaliações de risco e 4.473 contatos com as principais instituições, coordenadores-chave do início de ações, sendo que 85% das missões foram concluídas no prazo de 24 horas.

A equipe desse sistema era composta por um oficial de serviço (especializado em cuidados de emergência, com formação médica de desastre e com um profundo conhecimento sobre a disponibilidade de recursos médicos regionais) e um médico de sobreaviso, com plantão semanal (cirurgião ou anestesista, com formação em medicina de catástrofes). A maioria dos alertas (> 90%) eram manejados por quatro pessoas. No entanto, eles poderiam mediar e informar as outras autoridades para iniciar ações. O centro de referência era solicitado para responder no prazo de cinco a 15 minutos depois de ter sido alertado. Os outros funcionários poderiam, em casos de grandes incidentes, serem designados para trabalhar como membros do pessoal do centro de comando e controle regional, estabelecido dentro das instalações do centro. Especialistas em outros campos (por exemplo, medicina nuclear e doenças infecciosas) poderiam também serem convocados para o centro, quando necessário.

Khorram-Manesh, Hedelin e Örtenwall (2009) analisaram o centro de coordenação nos quesitos de avaliações de risco (Figura 2), comunicação entre instituições, planejamento e treinamento de pessoal para situações de desastre.

Figura 2 – Centro de Comando para situações de desastre



Fonte: Khorram-Manesh, Hedelin e Örtenwall (2009).

Os autores, citados anteriormente, apontaram que esta organização regional, com execução de planejamento, de ensino e formação em desastres apresenta uma gestão eficiente, com retorno importante e imediato para a sociedade, em especial, para a formação, uma vez que todo treinamento foi realizado com casos reais. Foram realizados 28 exercícios, dos quais quatro, duraram mais de 24 horas. O centro também ofereceu 145 cursos em desastre, medicina de emergência e comunicação de crise. Os dados apresentados demonstraram que os objetivos deste centro foram alcançados (KHORRAM-MANESH; HEDELIN; ÖRTENWALL, 2009).

2.2.2.3 Legislações: a produção de normativas para o enfrentamento de desastres

A gestão de desastres tem, normalmente, ações estabelecidas no cenário pós-catástrofe, enquanto que o foco internacional caminha no sentido de gestão de risco de desastres, ou seja, buscando a sua prevenção. A África do Sul foi um dos primeiros países africanos a legislar de forma abrangente a gestão das situações de desastre. O processo de decisão política sobre a legislação começou em junho de 1994, após graves inundações na Província do Cabo. Este processo culminou com a Lei de Gestão de Desastres, nº 57, de 2002 e de Gestão Nacional de Desastres e Estrutura Policial, em 2005 (VERMAAK; VAN NIEKERK, 2004).

Por meio desse processo, a África do Sul estabeleceu-se como uma nação cujo setor público estaria à frente na redução do risco de desastres (PELLING; HOLLOWAY, 2006). O objetivo da Lei de Gestão de Desastres é prever uma política de gestão integrada e coordenada, que se concentra na prevenção ou redução do risco, reduzindo a gravidade das catástrofes, mas também aborda a preparação para a atuação em contextos de emergências, com resposta rápida e eficaz às catástrofes, bem como a recuperação pós-desastre, especificando o estabelecimento de centros nacionais, estaduais e municipais de gestão de desastres (NIEKERK, 2014).

Para Niekerk (2014), a promulgação da Lei Sul-Africana de Gestão de Desastres no. 57, de 2002 e a Estruturação Política de Gestão de Desastres Nacionais, de 2005 colocaram a África do Sul numa posição de vanguarda no cenário internacional, integrando a redução do risco de desastres em todas as esferas de governo, por meio de uma abordagem descentralizada.

No entanto, refere o autor, que mesmo tendo uma política adequada e boa legislação não se traduz necessariamente em uma boa prática. O estudo de Niekerk (2014) apresenta uma análise crítica destes documentos. Foi utilizado o método qualitativo de pesquisa, em que foram analisadas as atitudes e as percepções dos responsáveis das administrações públicas, em todos os níveis de governo, do setor privado e da academia. O estudo constatou que um dos aspectos mais frágeis da lei e da sua estruturação foi a ausência de orientações claras aos municípios

locais. A responsabilidade da função de gestão de riscos de desastres, em todos os níveis do governo, continua a ser problemática e está relacionada às vias de fomento e à inadequada capacidade estrutural dos centros, assim mostrando-se insuficiente quanto à redução do risco de desastres.

2.2.2.4 Avaliação das respostas aos desastres

É difícil avaliar a qualidade do desempenho de um sistema de cuidados de saúde durante um desastre. Instrumentos de investigação podem não estar disponíveis, não serem validados, ou impossíveis de aplicar durante uma crise. Embora as avaliações de desempenho, muitas vezes descritivas, são administradas pós-desastre, as pesquisas avaliativas específicas sobre a atuação, durante os desastre, são raras, e muitas vezes com alcance limitado (LEE; CHIU; CHEN, 2002; PERRY; LINDELL, 2003).

Entretanto, simulações de desastres são comuns em todo o mundo e servem como uma importante ferramenta de educação e formação. A questão é saber se estas simulações podem ser utilizadas para gerar instrumentos de pesquisa a serem aplicados para a avaliação nas situações de desastre. Legemaate, Burkle Junior e Bierens (2012) utilizaram métodos de investigação avaliativa, durante as simulações de desastres, visando à sua aplicabilidade, para melhorar a gestão da saúde em situações de desastre. Neste estudo, três áreas funcionais de contato com o paciente foram analisadas: comando e controle; fluxo e qualidade de distribuição dos pacientes e capacidade de enfrentamento do hospital. Os autores concluíram que instrumentos de investigação podem ser validados e melhorados, quando testados, durante uma simulação de desastre, e que uma coleta de dados adequada é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, em situação de desastre, sendo o registro de dados um fator crucial para validar os resultados da assistência aos pacientes.

Shen et al. (2014) apresentam três métodos de avaliação para a ICM, quais sejam: o índice de gravidade médica (MSI), a classificação do prejuízo potencial de criação de eventos (PICE) e a escala de gravidade de desastres (DSS). Estes métodos podem avaliar de forma dinâmica as situações e as decisões para ICM. Os autores salientam que as respostas a estes incidentes podem ser conduzidas, com base nos resultados dessas avaliações.

No entanto, Goh (2009) refere que os três métodos oferecem apenas uma avaliação retrospectiva da ICM e, assim, não conseguiriam desenvolver uma avaliação em tempo real das respostas ICM. Portanto, eles não podem ser usados como um guia prático para a tomada de decisões durante o ICM. Embora a utilização destes métodos contribua para o manejo destas

situações, segundo este estudo, um fator importante foi ignorado – a vulnerabilidade. Conforme dados da literatura, um ciclo de resposta de ICM inclui quatro fases: pesquisa e salvamento, triagem e tratamento inicial, evacuação, e tratamento definitivo.

Os avanços atuais na produção do conhecimento sobre a gestão ICM incluem os seguintes aspectos: (1) hora de ouro inicial (NEWGARD et al., 2010), sendo considerado o tempo anterior ao paciente atingir o limite fisiológico, definido como o início da tríade (hipotermia, acidose e coagulopatia); (2) filosofia de controle de danos (CIROCCHI et al., 2010); (3) cadeia de sobrevivência (Marchant et al., 2008), que aponta que a sobrevivência, após grave trauma pode depender de uma cadeia estruturada, a partir da gestão de cuidados na cena do trauma, do cuidado hospitalar e de reabilitação e (4) teoria das três ligações (JIANG; SHEN; GAN, 2005), que se refere a um sistema integrado com três componentes importantes de um atendimento de emergência numa situação de trauma, que seriam os serviços de trauma pré-hospitalar, os serviços de trauma do hospital e os serviços de cuidados críticos. Shen et al. (2014) consideram que a gestão adequada de todos esses itens pode conduzir a melhores resultados para os pacientes.

2.2.2.5 Saúde mental nas situações de desastre

As experiências de desastres podem afetar a funcionalidade de um indivíduo, incluindo problemas de ordem interpessoal, tensões familiares ou deterioração dos apoios sociais (NORRIS et al., 2002). Embora a maioria das vítimas do desastre não desenvolverá distúrbios emocionais crônicos, imediatamente ou permanentemente, os autores, geralmente, concordam que os prestadores de saúde mental e o serviço social deverão estar disponíveis, imediatamente, após a chegada das vítimas, e deve ser direcionado integralmente para alívio da ansiedade (RODRIGUEZ et al., 2006).

É importante complementar que as pesquisas relacionadas ao pós-trauma levantam uma série de preocupações éticas. Os instrumentos escolhidos para este estudo são rotineiramente usados, tanto na população, em geral, como no pós-trauma. Os questionamentos ao indivíduo sobre a sua experiência com eventos traumáticos podem precipitar alguma reação emocional. No entanto, a probabilidade de ser afetado negativamente pelas questões de pesquisa de forma contínua é pequena. As evidências na literatura sugerem que uma ansiedade mínima de curta duração pode ser esperada em uma minoria de participantes dos estudos (GRIFFIN et al.; 2003; PARSLOW et al., 2000). Algumas precauções consideráveis têm sido tomadas, incluindo o desenvolvimento de um protocolo de risco de suicídio, assegurando uma assistência disponível,

no caso em que os participantes necessitem, por conta de angústias, devido à participação na pesquisa.

A melhor forma de planejar e prestar assistência psicossocial seguinte aos desastres permanece intensamente em debate. Nesse sentido, Bisson e Tendas (2010) demonstraram o desenvolvimento de diretrizes de assistência psicossocial, por meio de um Sistema Delphi. Este sistema reconhece o valor das opiniões dos peritos, a experiência e a intuição, quando há falta de evidências científicas em determinado assunto (LINSTONE; TUROFF, 1975). Ele foi desenvolvido, no início da Guerra Fria, como uma sistemática, de forma interativa, por intermédio de um conjunto de peritos independentes, com a finalidade de prever o impacto da tecnologia sobre a guerra (DALKEY; HELMER, 1963). Neste processo, um grupo cuidadosamente selecionado de especialistas responde a questões em duas ou mais rodadas. Após cada rodada, um facilitador fornece um resumo anônimo dos pontos de vista dos peritos e as suas observações, permitindo que todos os participantes comparem suas respostas. O objetivo é que, durante este processo interativo, a gama de respostas diminuirá e o grupo convergirá para a questão "correta" (SKULMOSKI; HARTMAN; KRAHN, 2007).

A pesquisa de Bisson e Tendas (2010) contou com uma amostra de 80 médicos pesquisadores, gestores de emergência, profissionais de atenção psicossocial, que prestavam cuidados a pacientes pós-eventos traumáticos e aos sobreviventes do desastre que utilizavam os serviços. Houve concordância em três declarações: "o plano de atenção psicossocial deve ser incorporado no plano global de catástrofe"; "a resposta inicial requer apoio prático e pragmático fornecido de uma forma empática" e a "auto-ajuda da comunidade e o apoio social devem ser facilitados".

As três declarações que os participantes discordaram, veementemente, foram: "profissionais de saúde mental não têm nenhum papel na resposta inicial"; "indivíduos devem ser desencorajados a fornecer relatos detalhados de suas experiências"; "todas as respostas devem ser fornecidas, numa única sessão, durante as primeiras intervenções formais, por intermédio de um interrogatório psicológico". Os autores concluíram que houve um consenso de que o planejamento com antecedência para as catástrofes deve ocorrer junto com formação de pessoal para responder apropriadamente a eles. A adoção de versões adaptadas destas orientações, para países específicos são suscetíveis de melhorar a prevenção de desastres e incidentes graves no futuro.

Forbes et al. (2012) realizaram uma pesquisa com jovens sobreviventes de um incêndio, em que foi relatado que medidas objetivas de apoio social devem ser constituídas pelos significados subjetivos que os jovens atribuíram aos suportes sociais ofertados. A maioria dos

participantes da pesquisa disse que se sentia marginalizada e não tinha um senso de engajamento no processo de recuperação. Também foi referido que era necessário, por parte dos profissionais, o estabelecimento de uma escuta atenta sobre os pontos críticos apontados, para que houvesse melhora no suporte clínico e nas redes sociais as quais pertenciam.

Gibbs (2013) referiu que os desastres naturais representam uma ameaça crescente, tanto em termos de incidência e severidade, como resultado de mudança climática. Embora muito se conheça sobre as respostas individuais aos desastres, pouco se sabe sobre a resposta social e contextual e como esta interage com trajetórias individuais, em termos de saúde mental, bem-estar e conexão social. Em 2009, os incêndios florestais, em Victoria, na Austrália, causaram muitas perdas de vidas, destruição de propriedades e transtornos na comunidade. Tratou-se de um estudo longitudinal, com o objetivo de conseguir identificar os padrões de recuperação individual e comunitária, bem como os fatores que melhoraram a recuperação. Esta pesquisa realizou o mapeamento em crianças, adolescentes e adultos para identificar os sobreviventes e suas demandas.

A investigação de Roorda et al. (2014) averiguaram o seguimento das vítimas, após o incidente de explosão de um depósito de fogos de artifício, em Enschede, na Holanda, abordando, essencialmente, a situação do transtorno de estresse pós-traumático – TEPT, referindo que vários efeitos sobre a saúde podem ser esperados em longo prazo, entretanto, o tratamento psicológico é de especial significância. Adicionalmente, foi constatado que as pessoas podem, então, tornarem-se excessivamente vigilantes, excessivamente cautelosas, levando-as a situações de estresse físico e mental (BARKSKY; BORUS, 1999). Para muitas vítimas, a experiência do desastre desempenha um papel importante na determinação do significado pessoal de eventos seguintes, que podem estar presentes por vários anos, após o desastre. Questões financeiras direta ou indiretamente relacionadas com o incidente podem contribuir de forma persistente na TEPT (KLEBER; BLOM, 1992), assim como a interrupção do tratamento clínico (RAPHAEL, 1986) ocasionando um evento que é o “desastre após o desastre”.

Zhou et al. (2013), estimaram a prevalência de TEPT em sobreviventes adultos, seis meses após o terremoto de Wenchuan, na China. O TEPT foi encontrado em 15,57% dos sobreviventes. Os fatores de risco incluíram: idade avançada, sexo feminino, viver sozinho, ter ficado soterrado ou ferido, ter sido operado, após o terremoto, e ter testemunhado alguém ter ficado ferido, soterrado ou ter ido a óbito durante o terremoto. O baixo índice de TEPT foi atribuído à identificação precoce dos fatores de risco, o apoio psicossocial de seguimento e os programas governamentais que forneceram apoio social e econômico aos sobreviventes.

As equipes de assistência também estão suscetíveis a TEPT, como relata o estudo de Orner et al. (1995), que analisou a gestão no enfrentamento de incidentes de estresse, do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e de outros serviços de emergência no período de 1993 a 1996. Este estudo salientou a questão do cuidado com as equipes profissionais, em relação a estresses no trabalho em contexto de catástrofes, desastres e emergências.

O reconhecimento de que os funcionários são suscetíveis ao desenvolvimento do TEPT desafiaram as organizações de saúde em estabelecer serviços para minimizar tal fato. Desta forma, foram criados os “Serviços de Gestão para Incidentes Críticos Estressantes”, que englobou uma série de iniciativas. Estas incluíram a educação pré-incidente sobre a prevenção de estresse traumático; treinamento de liderança para minimizar o risco dos trabalhadores sofrerem distúrbio emocional desnecessário; a incorporação da difusão e da transparência na gestão de desastres, e no pós-incidente, o acompanhamento do cuidado na forma de aconselhamento psicológico (BOUDREAUX, MCCABE, 2000; ORNER et al., 1995).

2.2.2.6 Estado geral de saúde no pós-desastre

As consequências para a saúde mental das pessoas vítimas de desastres têm sido bem documentadas, mas pouco se sabe sobre os seus efeitos sobre a saúde física dos sobreviventes. Muitos estudos de desastres são limitados, especialmente, em relação à escassez de registros de dados, durante e pós-evento, o que limita a capacidade dos investigadores para determinar se os problemas de saúde física que surgem nos sobreviventes são influenciados pela exposição ao desastre, ou se eles teriam surgido mesmo se o desastre não tivesse ocorrido (LOWE; WILLIS; RHODES, 2014).

Embora a maioria das pesquisas com os sobreviventes das situações de desastres têm se concentrado nas suas consequências psicológicas, há evidências de que as catástrofes também podem comprometer a saúde física. Van Kampet al. (2006) relataram que, após um desastre com fogos de artifício na Holanda, os sobreviventes apresentaram níveis mais elevados de problemas de saúde do que a população holandesa geral. Um fator que aparece para explicar a variação na saúde pós-desastre é a gravidade da exposição. Geralmente, os sobreviventes que sofrem maior exposição apresentam pior estado de saúde pós-desastre (DIRKZWAGER et al., 2006).

Um estudo com 303 moradores de *trailers*, expostos aos rescaldos do furacão Katrina, constatou que a piora do estado geral de saúde foi associado à perda do emprego pós-desastre e a instabilidade residencial (LU, 2011). Em contraste, um estudo com menor número de

sobreviventes do furacão Katrina (n = 128) descobriu que danos materiais e nível de emprego não foram preditores significativos de saúde física (VU; VANLANDINGHAM, 2012).

Num estudo com 33 comunidades (n = 10.000), em Nova Iorque, os pesquisadores descobriram que aqueles com maiores níveis de sofrimento emocional apresentavam três vezes mais chances de sofrer de más condições de saúde (MCVEIGH; MOSTASHARI; WUNSCH-HITZIG, 2003). Sintomas de enxaqueca, dores nas costas e problemas digestivos são comuns pós-desastre (MODGILL et al., 2012). Os estudos de Polusny et al. (2008) e Ruggiero et al. (2009) referiram que sobreviventes de catástrofes, que apresentaram angústia, depressão e estresse pós-traumático demonstraram significativa associação com a piora da saúde física, relacionada, também, com a gravidade da exposição ao desastre.

Corroborando com autores já mencionados, com base em dados de registros médicos eletrônicos, pesquisadores da Holanda verificaram associações significativas entre problemas de saúde mental e aumentos de sintomas físicos inexplicáveis (por exemplo, cansaço, dores de cabeça, dor abdominal), e doenças crônicas (DEN; DIRKZWAGER; YZERMANS, 2005; DIRKZWAGER et al., 2006).

Algumas pesquisas têm relatado que os declínios de saúde pós-desastre persistem ao longo do tempo, entretanto, há resultados ainda contraditórios. O estudo (DORN et al., 2008) relatou que adolescentes sobreviventes de um incidente de queimadura em massa tiveram maiores problemas no sistema respiratório e musculoesquelético, no primeiro ano pós-desastre, o mesmo não sendo observado dois, três e quatro anos após o incidente. Em contraste, um estudo de idosos na Holanda referiu que a exposição ao desastre foi associada a uma diminuição da capacidade funcional autorreferida, quatro anos pós-desastre (DEEG et al., 2005). Destacando, assim, a importância do seguimento de estudos e do acompanhamento dos sobreviventes de desastre, além da atenção à saúde a curto prazo.

2.2.2.7 Formação de equipes de assistência às situações de desastres

Richards, Novak e Davis (2009) apresentaram um relato de experiência sobre a importância da inserção do ensino junto às equipes de gestão de situações de desastres. Tratavam-se de docentes e estudantes de uma escola de Enfermagem, Purdue School of Nursing, que fizeram um acompanhamento de três anos na comunidade envolvida no furacão Katrina, no Mississipi (Estados Unidos). Os autores salientaram que a comunidade se beneficiou com a participação da instituição na assistência, sendo que estes benefícios foram ocasionados pelo conhecimento técnico e pela criatividade nas ações desenvolvidas. Por outro

lado, os estudantes tiveram ganhos no aprendizado, pela exposição a dilemas da vida real e pela experiência dos esforços conjuntos com as equipes. Adicionalmente, quando as comunidades e os estudantes se unem, um conjunto de novas e diferentes visões, e também, ações se configuram, facilitando as atividades de resolução dos problemas e da restauração das condições de vida.

Por fim, MacFarlane, Joffe e Naidoo (2006) discorreram sobre um programa de Mestrado em Saúde Pública na Gestão de Desastres, da Universidade de Witwatersrand, na África do Sul. Os autores referiram que o trabalho em equipe multiprofissional atenua sobremaneira as repercussões negativas nas situações de desastre, por isso há necessidade de profissionais, especialmente treinados na gestão de situações de desastres.

O Curso de Mestrado compreendia um espectro de disciplinas, incluindo, saúde pública, planejamento em equipe, desenvolvimento social, gerenciamento de projetos e impacto ambiental. Além disso, contava com disciplinas relacionadas à assistência da saúde em situações de desastres e incidentes graves. O curso poderia ser realizado em horário parcial - duração de três a quatro anos - ou em horário integral, com duração de dois anos. Os autores concluíram que esta formação proporcionou conhecimento aos profissionais para exercerem um papel de liderança na gestão, com a melhora do sistema de saúde nas situações de desastre. Supe e Satoskar (2008) corroboraram com MacFarlane, Joffe e Naidoo (2006), enfatizando que gestão de situações desastres em massa deve ser debatida em todos os níveis acadêmicos.

Como conclusões da revisão integrativa, destaca-se a importância de um planejamento adequado em situações de desastre abordadas pela maioria dos autores, os quais apontaram à necessidade de estruturação de centros especializados e equipes treinadas na temática, assim como a criação de cursos em nível de pós-graduação e a inserção deste assunto em todos os níveis educacionais. Conclui-se, ainda, após a revisão empreendida, que pesquisas direcionadas ao seguimento da assistência ambulatorial de sobreviventes não foram encontradas e, portanto, trata-se de um tema relevante para futuros estudos, considerando que os desastres podem desencadear processos longos de tratamento para recuperação das vítimas. O estudo empreendido nesta tese e apresentado nos próximos capítulos, pretende produzir conhecimento que contribua para superação desta lacuna.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentada a metodologia que expôs a maneira como a temática em estudo foi investigada. Apresenta-se o percurso metodológico percorrido para responder a pergunta: Como se deu o processo de organização, implantação e de produção de cuidado para o seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da boate Kiss acompanhados no CIAVA, serviços do Hospital Universitário de Santa Maria, na perspectiva dos trabalhadores e gestores?

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo e analítico, orientado pela abordagem qualitativa. Para Turato (2005), o método qualitativo pode ser entendido, como a busca pela percepção dos fenômenos e seus significados, em particular ou em grupo e qual o seu sentido para a vida das pessoas. A abordagem qualitativa considera a narrativa histórica das relações, aspectos, crenças, percepções e opiniões como fruto das interpretações que os sujeitos expressam a respeito de suas vivências, como preparam seus objetos e a si mesmos, bem como sentem e pensam (MINAYO, 2014).

Essa abordagem metodológica adequou-se ao objetivo da pesquisa que foi de analisar, considerando os princípios e diretrizes do SUS, o processo de organização e implantação do serviço e de produção do cuidado no seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da boate Kiss do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente - CIAVA, do Hospital Universitário de Santa Maria na perspectiva de trabalhadores e gestores.

Considerou-se que para responder às perguntas colocadas nesta pesquisa foi de muita relevância identificar e analisar os aspectos micropolíticos que organizaram o trabalho, ou seja, descrever e analisar, em primeiro lugar, as situações regulares do trabalho em saúde, na gestão de sistemas e serviços, na atenção às pessoas e coletividades, na produção de conhecimentos dos trabalhadores ou na participação social¹, e em segundo lugar, as questões relacionadas ao conteúdo das políticas e as orientações das diretrizes que orientaram e definiram a atuação do

¹ O registro das dimensões atenção/gestão/educação/participação caracteriza o que se denomina de “quadrilátero” da educação e do trabalho em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) e se refere às forças que produzem desenvolvimento do trabalho em saúde, considerando a complexidade constitutiva dos problemas que são objeto da atuação setorial (CECCIM; FERLA, 2008), como é visível no caso de acidentes como o aqui estudado.

conjunto de atores e instituições no trabalho cotidiano (CECCIM; FERLA, 2008; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A dimensão micropolítica da organização do trabalho é uma produção originada no campo da Saúde Coletiva e, atualmente, com ampla aplicação nas diversas áreas de conhecimento, que analisa a configuração tecnológica do trabalho (MERHY, 2002). A configuração tecnológica do trabalho foi identificada pela combinação de tecnologias de diferentes naturezas ofertadas no cotidiano do trabalho, e que se relacionou com as características dos serviços e das políticas, mas também à população atendida e aos trabalhadores que ocupavam o *setting* do cuidado e da gestão. Houve, também, um olhar sobre o plano das relações que os atores (trabalhadores e usuários) estabeleceram, entre si, e com as políticas e condições físicas e tecnológicas disponíveis. A análise articulada das dimensões políticas e organizacionais, e também das dimensões micropolíticas caracterizaram as modelagens tecnoassistenciais com que eram operados os serviços e as políticas, que foi a dimensão analítica mais relevante para a produção nesta tese.

Diante disso, não se tratou apenas de uma análise de continuidades, mas também, e, principalmente, dos aspectos que agenciaram a atuação naqueles momentos específicos dos diferentes atores (aqui centralmente dos gestores e trabalhadores), na organização de um serviço, que foi mobilizado por uma situação aguda: o acidente numa casa de espetáculos que gerou centenas de vítimas fatais e adoecimentos agudos e prolongados, previsíveis e imprevisíveis. A abordagem qualitativa e descritiva da pesquisa foi a mais adequada, justamente, por permitir que aspectos singulares do agenciamento e da organização do trabalho se tornassem visíveis e que fosse possível refletir sobre estes.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM), credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino, reconhecido como o maior prestador de serviços de saúde para o SUS da região centro do Rio Grande do Sul, referência para uma população de mais de um milhão e cem mil habitantes, proporcionando atendimentos de média e alta complexidade, incluindo transplantes, tratamentos oncológicos, materno-infantil, doenças cardiovasculares, cirurgia cardíaca, politrauma, dentre outros. O HUSM é componente da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Rio Grande do Sul, especialmente, na região centro do Estado. Portanto, tratou-se, de um serviço de referência regional (o entorno do município de Santa

Maria, com irradiações para outras localidades, por consequência da referência assistencial do HUSM, e também das redes de pertencimento – nascimento, moradia, referências familiares – das vítimas) e, no caso específico do objeto em estudo, de uma referência assistencial do SUS no país como um todo.

No que se refere à questão institucional, alguns dados de produção e perfil caracterizam a relevância e o porte do hospital. O HUSM, no ano de 2016, realizou 30.254 consultas emergenciais, 15.209 internações, 210.365 consultas ambulatoriais, nas mais de 40 especialidades, 1.013.405 exames laboratoriais, 7.053 cirurgias de maior porte, 16.022 cirurgias ambulatoriais, 2.125 partos, 28 transplantes renais e de medula óssea (HUSM, 2016).

A estrutura física do HUSM possui capacidade para, aproximadamente, 420 leitos, dos quais 403 leitos encontram-se ativos, em 2018, sendo 354 leitos da Unidade de Internação hospitalar e domiciliar e 49 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além de 58 salas de ambulatório, 10 salas para atendimento de emergência, sete salas em Centro Cirúrgico e duas salas para atendimento obstétrico – única referência para gestantes de alto risco da macrorregião central do estado.

No que concerne ao quantitativo de profissionais, o HUSM possuía, ao final de 2016, 2.395 profissionais, dos quais 1.080 deles, em Regime Jurídico Único (RJU) e outros 789, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) contratados via Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), distribuídos em nível médio e superior. Além disso, contava com 526 trabalhadores terceirizados, que atuavam nos serviços de apoio. Adicionalmente, 169 docentes da UFSM desenvolviam atividades de ensino, pesquisa e extensão no hospital.

O HUSM é campo de estágio curricular obrigatório para 15 cursos de graduação da UFSM, além de atividades teórico-práticas de inúmeras disciplinas que precedem o período de estágio curricular nos diferentes níveis de formação oferecidos pela UFSM. Na pós-graduação *lato sensu*, o hospital é o campo de formação profissional para 44 Programas de Residência Médica e o Programa de Residência Multiprofissional, com três linhas de atuação, contemplando nove núcleos profissionais da área da saúde. Na pós-graduação *stricto sensu*, 16 programas da UFSM desenvolvem suas pesquisas no HUSM. Desta forma, cerca de 2.500 alunos, nos mais diversos níveis acadêmicos (técnico, de graduação, estágio curricular obrigatório, residência, mestrado e doutorado) desenvolvem atividades no HUSM durante sua formação na UFSM.

A estrutura organizacional considerada pela EBSEH para hospitais de médio porte - composta por uma superintendência, três gerências, sete divisões, 16 setores e 46 unidades – foi avaliada como insuficiente para atender às necessidades de organização advindas da

constante ampliação da oferta de serviço nas mais diferentes especialidades e produtividade assistencial, bem como das demandas do ensino, da pesquisa e da inovação tecnológica. Por atender os requisitos previstos nas diretrizes técnicas o HUSM aguarda seu enquadramento como hospital de grande porte dentro da classificação geral dos hospitais públicos.

Neste contexto hospitalar complexo foi criado e está localizado o Centro Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidente - CIAVA, local onde se desenvolveu a pesquisa

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram 11 gestores das três esferas governamentais, à época da criação do CIAVA, no ano de 2013, designados para acompanhar o processo de criação e implantação do Centro e, 11 profissionais que compuseram a equipe inicial e multiprofissional com atuação no CIAVA. A amostra foi intencional e não probabilística e foram criados dois grupos de estudo pertencentes à classificação de membro gestor e da equipe multiprofissional.

Os critérios de inclusão foram: ser gestor das esferas municipal, estadual e federal que estiveram presentes e participaram do processo de estruturação do CIAVA, nos quatro primeiros anos de implantação do centro; ser membro da equipe multiprofissional que atendia e atende os sobreviventes. Foram excluídos do estudo os profissionais que realizavam atendimento somente a partir de encaminhamentos (referências) não pertencentes à equipe do CIAVA. A coleta de dados foi encerrada por ocasião da evidência de saturação dos dados.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram incluídos na pesquisa gestores e profissionais, os quais atendiam os critérios de inclusão descritos anteriormente para a seleção dos sujeitos. Para a caracterização dos mesmos foram constituídos dois grupos de estudo: Grupo dos Gestores e Grupo dos Profissionais. Nas Tabelas 1 e 2 estão apresentados os dados de caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada no município de Santa Maria-RS, entre os meses de agosto de 2016 e março de 2017.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa sobre a organização e o seguimento assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente do HUSM quanto às variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, participação na decisão e estruturação do centro, instância de vinculação. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

Variável	Grupo gestor n (%)	Grupo multiprofissional n (%)
Sexo		
Masculino	4 (36,4)	3 (27,3)
Feminino	7 (63,6)	8 (72,7)
Faixa etária		
Até 25 anos	-	-
De 26 a 30 anos	-	-
De 31 a 35 anos	1 (9,1)	2 (18,2)
De 36 a 40 anos	-	2 (18,2)
De 41 a 45 anos	1 (9,1)	1 (9,1)
De 46 a 50 anos	-	4 (36,3)
Acima de 50 anos	9 (81,8)	2 (18,2)
Estado civil		
Solteiro(a)	2 (18,2)	1 (9,1)
Casado(a)	6 (54,5)	7 (63,6)
Divorciado(a)	2 (18,2)	2 (18,2)
Viúvo(a)	-	-
União estável	1 (9,1)	1 (9,1)
Grau de escolaridade		
Ensino superior	-	-
Especialização	2 (18,2)	2 (18,2)
Mestrado	6 (54,5)	5 (45,5)
Doutorado	3 (27,3)	4 (36,3)
Participação na decisão da estruturação do CIAVA¹		
Nenhuma	2 (18,2)	5 (45,5)
Parcial	6 (54,5)	6 (54,5)
Total	3 (27,3)	-
Instância de vinculação		
Federal	1 (9,1)	1 (9,1)
Estadual	4 (36,3)	-
Municipal	1 (9,1)	1 (9,1)
Da universidade/HUSM ²	2 (18,2)	8 (72,7)
Da universidade/CCS ³	3 (27,3)	1 (9,1)

1: Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente

2: Hospital Universitário de Santa Maria

3: Centro de Ciências da Saúde

Observou-se que a maioria dos gestores era do sexo feminino (70,0%), com idades acima de 50 anos (80,0%), casados (50,0%) e com grau de escolaridade de mestrado (50,0%). Quanto à participação na estruturação do CIAVA, a maioria foi parcial (60,0%), sendo que a maioria dos gestores apresentava vinculação estadual (40,0%), seguidos de gestores com vínculo federal, do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM (27,3%) e do HUSM (18,2%). Assim, a partir destes resultados identificou-se que os gestores estaduais e federais da UFSM participaram em maior número na estruturação do CIAVA.

O grupo dos profissionais, assim como o grupo dos gestores era, em sua maioria, do sexo feminino (72,7%), com faixa etária compreendida entre as idades de 46 e 50 anos (36,3%), casados (63,6%) e com grau de escolaridade em nível de mestrado (45,5%). Em relação à participação na estruturação do CIAVA, a maioria dos profissionais participou parcialmente (54,5%) e eram vinculados ao HUSM (72,7%). O núcleo profissional da Fisioterapia (27,2%), seguido dos núcleos de Medicina (18,2%) e Enfermagem (18,2%) foram os mais representativos nesta amostra.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para responder aos objetivos propostos foi realizada uma pesquisa de campo, exploração dos documentos produzidos em todas as fases da construção do centro e consulta aos registros pessoais da pesquisadora referentes ao CIAVA (MINAYO; 2010).

Cabe destacar que essa pesquisa teve como objetivo descrever e analisar a organização e a implementação de um serviço no qual a pesquisadora esteve diretamente implicada, num hospital universitário que tem tripla tarefa, quais sejam: a atenção à saúde, a formação de trabalhadores e a pesquisa. Desta forma a pesquisadora, também gestora do serviço, esteve envolvida, não apenas como participante, mas também, como observadora atenta da realidade, responsável igualmente pela construção do serviço e pela produção de conhecimento sobre ele, juntamente aos demais envolvidos.

Para a descrição do processo de organização do CIAVA, dos meandros que tornaram possível a existência do serviço e de como foi sua implementação, o fato de a pesquisadora estar imersa na realidade, facilitou que ficasse um tempo maior no campo, permitindo-lhe dedicar um olhar prolongado e atento para a obtenção de informações, que, talvez, não fossem possíveis de serem acessadas por outras vias e, portanto, da obtenção de conhecimentos mais aprofundados sobre o objeto de pesquisa (MÓNICO et al., 2017). No entanto, o uso dos

registros pessoais, mesmo que considerados complementares à análise documental e os dados coletados pelas entrevistas não foram tratados como técnica de coleta nesta pesquisa.

Quanto às entrevistas realizadas nesta pesquisa, de posse de autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o pesquisador entrevistou dez participantes por grupo: Grupo 1 – gestores; Grupo 2 – profissionais do CIAVA. Do Grupo 1, foram selecionados entrevistados que ocupavam a tarefa de gestor e que estavam implicados com o debate do cuidado aos sobreviventes do desastre da boate Kiss; para o Grupo 2, os entrevistados foram selecionados, com base na lista de todos que figuravam na relação dos profissionais do Centro.

Após o contato com o décimo participante de cada grupo, ainda houve a busca por mais um participante; um, representando os trabalhadores e outro, representando os gestores, no entanto, a pesquisadora observou a recorrência das respostas, o que tornou possível a suspensão das entrevistas. É importante destacar que, mesmo observando-se a repetição das respostas anteriormente, todos os participantes contatados, inicialmente, foram entrevistados.

No momento do encontro, entre a pesquisadora e o participante, foram esclarecidos os procedimentos da pesquisa. Após o aceite e a assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice A - em duas vias, uma para o entrevistado e outra, para o entrevistador, ocorreu a realização da entrevista (Apêndice B ou C), de acordo com o grupo ao qual pertenciam.

As entrevistas constaram de roteiros individualizados, por grupo, e foram aplicadas aos participantes do estudo. Foram compostas por questões específicas sobre a percepção dos gestores e dos profissionais, respectivamente, e realizadas entre os meses de agosto de 2016 e março de 2017, no local de escolha conveniente para o participante e o entrevistador, sendo gravadas.

A pesquisa documental tem como pressuposto que os documentos “[...] têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo; eles também constituem leituras particulares dos eventos sociais” (MAY, 2004, p. 205). Nesse sentido, a consulta aos documentos, que foram produzidos e que sistematizaram dados sobre o desastre da boate Kiss e sobre a organização do CIAVA, foi uma das técnicas importantes que contribuíram para a investigação empreendida nesta pesquisa, uma vez que estes documentos “[...] descrevem lugares e relações sociais de uma época [...] que não estávamos presentes” (MAY, 2004, p. 205-6). Isto permitiu ao pesquisador ter acesso a dados que não seriam possíveis por intermédio da observação participante ou da entrevista apenas.

Assim, entre abril e dezembro de 2017, foram analisados os documentos emitidos e recebidos pela instituição relacionados ao Centro e relatórios produzidos pelo CIAVA, com a

finalidade de garantir o registro de todos os atos administrativos atinentes à estruturação e à produção assistencial do serviço, referente aos seus primeiros quatro anos de existência. Outros registros, como matérias jornalísticas consideradas, pela pesquisadora, de relevância histórica, produção científica e técnica do Centro e informações oriundas do banco de dados das vítimas, também foram acessadas e faziam parte do conjunto de documentos disponibilizados pelo hospital, para consulta da pesquisadora.

Portanto, as fontes documentais utilizadas na pesquisa foram: documentos oficiais das instituições - ofícios, memorandos, convênios, contratos, projetos, planos de trabalho e protocolos; relatórios de estatísticas oficiais - dados resultantes dos sistemas de informação institucionais; conteúdo da mídia de massa - jornais e sites de notícias; documentos produzidos por pesquisadores – relatórios de pesquisa, de visitas e artigos. Cabe destaque que a maior parte destes documentos era pública e de fontes primárias, ou seja, foi produzida por atores que testemunharam os fatos que descreveram. Segundo May (2004, p. 210), esses documentos “[...] têm maior probabilidade de serem uma representação precisa das ocorrências, tanto de memória do autor (tempo) como de proximidade com o evento (espaço)”.

Para Kripka, Scheller e Bonotto (2015), a análise documental é fundamental para identificar, classificar e compreender documentos relacionados ao tema que está sob investigação. A pesquisa documental técnica de coleta é importante para a abordagem qualitativa, pois possibilita interpretar casos específicos através de documentos e registros caracterizando-se como fonte complementar de dados ou como única fonte para determinada análise.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa foram observadas as definições da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, em conformidade com os preceitos éticos da Declaração de Helsinque. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo HUSM e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, CAAE nº 57047016.2.0000.5346.

Todos os sujeitos da pesquisa firmaram, antes do procedimento da coleta de dados, o TCLE, em que os pesquisadores garantiram que a identidade e os demais dados que pudessem identificar os participantes somente seriam analisados e apresentados na tese e nas publicações científicas decorrentes de forma agregada, a fim de garantir o sigilo das informações

individuais. Os pesquisadores se comprometeram a manter a privacidade e o anonimato das informações vinculadas aos participantes do estudo.

A participação nesta pesquisa foi livre e voluntária. Os participantes foram informados que não haveria nenhuma forma de compensação financeira e também não haveria custos. Além disso, foram informados que os áudios das entrevistas, transcrições e formulários seriam mantidos sob a guarda e a responsabilidade da professora orientadora, pelo período de cinco anos no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, sala 1302, sendo posteriormente destruídos.

O planejamento da pesquisa levou em conta a análise crítica de riscos e benefícios, concluindo que seria alcançado o princípio bioético da beneficência, pela dimensão dos benefícios. Os benefícios da pesquisa são relativos aos efeitos sociais e ao impacto acadêmico do conhecimento a ser produzido e disseminado, por meio da própria tese e de artigos. O avanço no conhecimento acadêmico sobre a temática dos desastres e das respostas em termos de políticas públicas, organização do sistema de saúde e formação de trabalhadores tem grande relevância social, assistencial e acadêmica. Os riscos associados à pesquisa são leves e eventuais, não envolvendo qualquer risco de ordem física. Referem-se ao eventual desconforto psicológico dos sujeitos na recordação dos fatos ocorridos, o que contaria com suporte dos profissionais do serviço. No decorrer da pesquisa, não se verificou qualquer situação dessa natureza.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos resultantes da observação participante, das entrevistas e dos documentos foram cotejados por meio da análise temática de conteúdo. A análise dos dados foi realizada, tendo como base os preceitos do método qualitativo: ordenação, classificação em estruturas de relevância, síntese e interpretação (MINAYO, 2007). A apresentação, interpretação e discussão dos resultados deste estudo foram realizadas a partir das categorias analíticas propostas.

O conteúdo das informações coletadas foi analisado, conforme as categorias definidas nas perguntas e objetivos da pesquisa e apresentadas no referencial teórico deste estudo. As categorias centrais foram sobre a organização do serviço e a produção do cuidado, as facilidades e dificuldades na implementação da continuidade do cuidado às vítimas de desastre e na sua relação com os princípios do SUS – universalidade, integralidade, regionalização e participação que serão apresentados no próximo capítulo.

4 RESULTADOS

Este capítulo está dividido em duas partes que representam as categorias que emergiram das unidades de significado. A primeira, intitulada *Estratégias de Organização da Continuidade do Cuidado aos Sobreviventes de Desastres – O Caso da Criação do Centro Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidentes (CIAVA)*, apresenta os achados da investigação empreendida sobre a organização de serviços e produção de cuidado ao seguimento assistencial de sobreviventes de desastre, juntamente com a discussão destes tópicos. Mais especificamente, apresenta o processo de organização do CIAVA, qual seja: o desastre e a etapa aguda do atendimento; a motivação para a sua criação; estratégias para a sua estruturação; o projeto de criação do centro; a configuração da equipe; a organização do atendimento; a definição dos protocolos; a organização da equipe: reuniões, discussões de caso e o desafio de produzir conhecimento.

Na segunda, denominada *Dificuldades e Facilidades para a Organização do Serviço e para a Continuidade do Cuidado dos Sobreviventes do Desastre* estão descritas as dificuldades e facilidades, identificadas por trabalhadores e gestores em relação ao processo de organização do Centro e do seguimento assistencial dispensado às vítimas. Tem-se a partir desta etapa da descrição e a análise, a possibilidade de escuta dos entrevistados, concedendo-lhes o espaço para examinar o curso do processo de implantação do CIAVA de modo livre, isto é, sem reservas, com possibilidade de julgamento, com a franqueza e transparência de quem conversa consigo, sem a preocupação com uma resposta delimitada a julgamentos e sem nenhum compromisso pré-estabelecido sobre e com o que dirá. Para a pesquisadora este exercício significou que foi possível inserir na discussão da tese elementos ausentes ou pouco percebidos em estudos existentes sobre a temática dos desastres.

4.1 ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO AOS SOBREVIVENTES DE DESASTRES – O CASO DA CRIAÇÃO DO CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE ACIDENTES (CIAVA)

Esta etapa do estudo destinou-se a contextualizar o evento catastrófico ocorrido e descrever todas as fases compreendidas, desde o planejamento do Centro até a sua implantação, perpassando pelo processo de organização, sistematização e demais definições que culminariam no efetivo atendimento às vítimas. Tratou-se da identificação, descrição e análise das estratégias utilizadas pelos gestores e profissionais no processo de organização e seguimento assistencial

para os sobreviventes do desastre da boate Kiss, assim como, a análise sobre a capacidade deste serviço de cumprir com o objetivo proposto de responder aos princípios e às diretrizes do SUS.

4.1.1 O desastre e a etapa aguda do atendimento

O desastre ocorrido na Boate Kiss, em Santa Maria, cidade da região central do Rio Grande do Sul, no dia 27 de janeiro 2013, foi o maior da história do estado e o segundo da história do País em número de vítimas. Vitimou fatalmente 239 jovens no local, outros três nos hospitais, deixando centenas de feridos. Considerando o número de vítimas fatais e de feridos, quando comparado com desastres mundiais semelhantes, o incêndio da boate Kiss, é noticiado como segundo maior incêndio do mundo ocorrido em boate, perdendo apenas para o ocorrido na boate Coconut Grove, em 28 de novembro de 1942, em Boston - EUA, em que 492 pessoas morreram e centenas ficaram feridas (ARCE-PALOMINO, 2008).

A fase emergencial também chamada de etapa aguda do desastre, caracterizou-se pelo momento de assistência às vítimas no período inicial, ainda no local do desastre e envolveu policiais militares da brigada militar e do corpo de bombeiros de Santa Maria, profissionais do SAMU e dos serviços de saúde da cidade. A prioridade da fase aguda do atendimento foi o salvamento das vítimas, com abordagem no local - no caso Kiss, mais precisamente, num posto improvisado na garagem de um supermercado em frente - nos hospitais e serviços de saúde da cidade e ainda, por meio da transferência das vítimas mais graves para hospitais da capital do estado, Porto Alegre.

Todos esses processos foram feitos ao mesmo tempo pelas equipes de socorro. Mesmo antes de chegar à cidade, equipes do Ministério da Saúde (MS) já trataram de articular a criação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) na capital e o envio de equipamentos à Santa Maria para o socorro imediato. (Hospitais Universitários (HUs) de Rio Grande e Pelotas também enviaram ventiladores mecânicos e monitores cardíacos, hospitais menores da região receberam pacientes estáveis que estavam internados no HUSM para liberar leitos para as vítimas do incêndio.

Em estudo publicado sobre o desastre as autoras, assim expressam a mobilização da sociedade: “[...] em momentos críticos, de tragédia, vem à tona automaticamente um sentimento de solidariedade entre as pessoas, há um esforço deliberado de cooperação” (LIMA; PEREIRA, 2015, p. 7).

A fase seguinte a do socorro no local do desastre, também denominada de fase hospitalar tratou de cuidar da continuidade das ações assistenciais dos pacientes internados nos hospitais

do estado. A necessidade de protocolizar o atendimento prestado às vítimas distribuídas nos três maiores hospitais de Santa Maria e em outros cinco da capital promoveu discussões entre especialistas. Videoconferências chamadas pelo Ministro da Saúde foram realizadas com a finalidade de definir protocolos a serem adotados. Dentre tantas decisões tomadas, uma delas de impacto importante, foi da importação de medicamento específico para combater a intoxicação das vítimas, devido à inalação da fumaça tóxica com alta concentração de cianeto, a HIDROXICOBALAMINA. Na Figura 3, o jornal de São Paulo entrevista médicos e enfermeiros, sobre os efeitos do cianeto produzido pela queima dos materiais da boate.

Figura 3 – Entrevista com médicos e enfermeiros sobre os efeitos do cianeto produzido pela queima dos materiais da boate

Indice geral do jornal de hoje Navegue por editoria

especial ★★

TAMANHO DA LETRA + - | COMUNICAR ERROS | IMPRIMIR | LINK | COMPARTILHAR

◀ TEXTO ANTERIOR PRÓXIMO TEXTO ▶

Fogo em boate produziu o mesmo gás usado por nazistas, diz médico

Sem cheiro nem cor, cianeto é capaz de matar em poucos minutos, segundo toxicologista

Ele é produzido pela queima de material barato usado para revestimento acústico, como o da casa noturna

LAURA CAPRIGLIONE
ENVIADA ESPECIAL A SANTA MARIA

Um pedido de doação de medicamento, feito pela diretora de **enfermagem** do Hospital Universitário de Santa Maria, Soeli Terezinha Guerra, 50, ajudou a esclarecer a natureza dos sofrimentos impostos aos jovens feridos e mortos no incêndio da boate Kiss.

Hidroxocobalamina é o nome do medicamento solicitado. Serve para combater a intoxicação causada pelo gás cianeto, o mesmo usado nas câmaras de gás nazistas durante a Segunda Guerra Mundial.

fac-simile da capa
Edição São Paulo | Edição Nacional

EXPERIMENTE A VERSÃO DIGITAL SÓ PARA ASSINANTES DA FOLHA

FOLHA DE S. PAULO

mundo particular

Auditoria mostra que governo paga preços 'distorcidos'

COMO ELAS CORTIGUEM?

i30

Fonte: Jornal Folha de São Paulo, 2013.

Quanto à natureza e à gravidade do desastre e seus possíveis desdobramentos, os números revelaram preocupação, pois mais de duas centenas de jovens morreram no interior da boate, em meio a um cenário de destruição causado pelas chamas que se espalharam rapidamente. A maioria das mortes foram devido à inalação da fumaça tóxica liberada pela combustão do material altamente inflamável contido nas paredes, teto e equipamentos que faziam parte da estrutura do local.

Outras centenas de vítimas foram resgatadas com vida, necessitando de internação emergencial nos hospitais da cidade e mais de cinquenta delas precisaram ser transferidas para leitos de terapia intensiva na capital do estado. Muitas vítimas, atendidas ambulatoriamente no dia do desastre, buscaram, mais de uma vez, os serviços de emergência devido a efeitos tardios da inalação de fumaça tóxica e precisaram ser internadas. Três óbitos foram constatados, após o atendimento emergência, 1 em decorrência da gravidade das complicações e estavam relacionados à inalação da fumaça tóxica totalizando 239 mortos. Portanto, das mais de oitenta vítimas que permaneceram internadas por vários dias, três tiveram agravamento progressivo do seu quadro geral levando-os ao óbito durante a internação.

Para os sobreviventes, após o atendimento emergencial e superada a internação hospitalar, a fase do seguimento ambulatorial foi organizada considerando-se, especialmente, o conjunto das complicações advindas e geradas dos múltiplos fatores decorrentes do desastre, tais como: sequelas físicas e emocionais; questões familiares e sociais; problemas econômicos; e necessidade de aceitação e readaptação.

Além destas, outras possíveis complicações tardias eram esperadas, como resultado da exposição dos sobreviventes à fumaça tóxica e ao trauma, uma vez que não se conhece plenamente os desfechos possíveis deste tipo de situação, nem o tempo para restabelecimento da saúde dos sobreviventes na sua integralidade, considerando-se, ainda, o abalo físico e emocional possível gerado nestas vítimas (PASQUALOTO et al., 2015).

No estudo de Pasqualoto et al. (2015), que relatou o perfil epidemiológico, sinais e sintomas respiratórios de indivíduos que inalaram fumaça tóxica no incêndio da boate Kiss, foram constatadas a presença de comorbidades pré-existentes ao desastre, sendo que a rinite-sinusite, a asma e a bronquite crônica foram as doenças respiratórias mais prevalentes. Os autores referiram que este episódio causou um impacto à saúde dos indivíduos, sugerindo a necessidade de um monitoramento minucioso nos anos seguintes.

Considerando as dimensões do desastre e das situações decorrentes deste, o acompanhamento ambulatorial multiprofissional e integrado tornou-se imperativo para garantir o processo de continuidade de cuidado, ou seja, o seguimento do atendimento das vítimas, quer sejam diretas (sobreviventes e socorristas) ou indiretas (familiares, amigos e profissionais de saúde). O objetivo principal para a criação de um serviço que respondesse à demanda dessa atenção era oferecer atenção clínica, de modo multiprofissional e eficaz a esta população, em espaço organizado para este fim específico. A preocupação inicial dos envolvidos na estruturação do atendimento foi minimizar os efeitos diretos produzidos pelo sofrimento das

peessoas que se encontravam em estado de vulnerabilidade, a fim de atingir a integralidade do processo de recuperação da saúde, assegurando rapidez e eficiência de respostas, além da produção de fluxos de atendimento claros e acessíveis para todas as vítimas identificadas.

4.1.2 Motivação para criação do CIAVA

Algumas cidades do país localizam-se, geograficamente, em áreas que apresentam risco para eventos naturais como deslizamentos, inundações ou até mesmo terremotos. Santa Maria não, sua localização geográfica a coloca em região com baixíssimo risco para preocupações com grandes eventos naturais, apenas temporais rápidos e sem danos significativos à vida é que são registrados. Com exceção de ser atravessada por rodovias de grande fluxo, uma vez que está situada no centro do estado do Rio Grande do Sul (RS), e de ter uma das maiores mobilizações religiosas do país, a Romaria de Nossa Senhora Medianeira, Santa Maria parecia imune a eventos catastróficos de grandes proporções.

Entretanto, o inesperado aconteceu e a cidade não estava preparada para um desastre com as dimensões do acontecido na boate Kiss. Apenas havia rotina eventual de capacitações para o caso de colisões com engavetamento em algum cruzamento no período de inverno nebuloso, ou queda de ônibus na serra de um dos acessos à cidade, ademais nunca se pensou em preparar os serviços de saúde para outros tipos de desastres com mais de quarenta vítimas.

O relato de Dal Ponte et al. (2015) analisou o incêndio na Kiss e expõe as principais falhas no processo de resposta ao desastre: a insuficiência de controle no local; a comunicação desarticulada com fragmentação da informação, além da falta de formação e experiência dos agentes envolvidos. Estes foram identificados como elementos geradores de insegurança. A conclusão dos autores foi de que a inexistência de um plano de resposta às catástrofes em Santa Maria fez com que a organização da resposta fosse dificultada, especialmente, em relação à fase pré-hospitalar.

Mesmo sem preparo algum para receber grande número de vítimas, mesmo sem condições de prever o desfecho do incêndio, mesmo desconhecendo a dimensão do desastre que vitimou fatalmente, no local, mais de duzentos jovens, uma certeza todos tinham naquele dia 27: o socorro não acabava com o atendimento do último sobrevivente em algum hospital. O depois chegou muito antes do que se pensava. A preocupação com o pós-hospitalar começou a mobilizar a atenção dos que ainda estavam atendendo na emergência com o retorno da primeira vítima que havia sido liberada a menos de seis horas. O episódio disparou o alerta de

que era preciso pensar rápido como, onde e quem receberia os sobreviventes para o monitoramento ambulatorial e para a continuidade do cuidado.

As falas, apresentadas, a seguir, revelam que esta preocupação e necessidade foram percebidas igualmente por gestores e profissionais.

Houve a necessidade do seguimento de atenção às vítimas pelo agravo, pelas patologias que essa fumaça tóxica levou, principalmente, nas questões pulmonares e psicológicas. (G1)

A urgência, a necessidade, o fato de não ter um serviço na região, eu acho que acabou forçando para que se tivesse isso. (G5)

A motivação que se deu para a criação do centro foi o evento na boate, a partir do incêndio, [...] necessidade emergencial para um apoio dentro da concepção do Sistema Único de Saúde e também um seguimento a médio e longo prazo. (P2)

Estava posta, mesmo que devido à situação desastrosa uma das questões centrais para definição do modelo de atendimento a ser estruturado, com a finalidade de absorver e responder às necessidades de saúde apresentadas por uma demanda numericamente considerável, como era o caso das vítimas da Kiss.

Para Ferla et al. (2009), é preciso superar o processo de trabalho centrado nos procedimentos, nas especialidades e profissões, de tal forma que o processo de trabalho esteja centrado nas necessidades dos usuários. O autor destaca que a mudança das modelagens tecnoassistencias defendidas no SUS trata da superação da medicina privatista, ainda fortemente amparada pela modelagem hegemônica na organização dos serviços e na produção do cuidado. Portanto, pretende-se que os serviços tenham como critérios para a sua organização o acesso, o acolhimento, a continuidade do cuidado, o vínculo e a responsabilização, a resolutividade, o trabalho em equipe, a cogestão, produção de autonomia dos usuários e dos trabalhadores e participação.

Desde os primeiros encontros articulados por docentes dos cursos da área da saúde do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, havia o entendimento de que o suporte necessário para as vítimas do desastre não seria contemplado, simplesmente, aumentando profissionais e vagas em ambulatórios já existentes. Era preciso estruturar uma estratégia de atendimento que deveria articular diversas ações, além da oferta de procedimentos e que fossem baseadas nos princípios do SUS. Desta forma, defendia-se que o serviço fosse dentro de um hospital público, mesmo considerando que a oferta já existente e regulada seria acrescida à oferta de cuidado que respondesse às necessidades apresentadas pelas vítimas.

Uma das inovações que compõe o contexto de criação do CIAVA na direção dos princípios do SUS e de nova modelagem tecnoassistencial foi a organização do Grupo Gestor do Cuidado as Vítimas da Kiss, ainda em fevereiro de 2013. Este grupo tinha como objetivo integrar os serviços de saúde, elencar ações estratégicas que possibilitassem o cuidado integral das vítimas potencializando o trabalho em rede.

Faziam parte do grupo representantes do controle social, das vítimas e seus familiares e das instituições responsáveis por construir a atenção à saúde. Este grupo gestor com atuação propositiva reunia os atores implicados no processo, sendo que no primeiro ano, após o desastre, a periodicidade dos encontros foi semanal; no segundo ano, quinzenal e depois, mensal, a partir do terceiro ano. Neste grupo eram negociadas as principais estratégias para a organização do atendimento longitudinal às vítimas, entre elas as ações a serem desenvolvidas no CIAVA.

4.1.3 Estratégias para a estruturação do CIAVA

A constatação das limitações do sistema de saúde local e do próprio HUSM para absorver grande número de vítimas e o acompanhamento longitudinal em um único momento provocou discussões no meio acadêmico e assistencial, no primeiro momento. Conforme relatam os sujeitos, inúmeros encontros, inicialmente informais, foram realizados, até a mobilização da Força Nacional de Saúde (FNS) do MS e Secretaria Estadual de Saúde (SES) ocorrer. Esta iniciativa reuniu os gestores locais, representantes da academia, governança do hospital, profissionais e chefes de serviços do HUSM das áreas demandadas. Juntos definiram a melhor e mais segura alternativa para o acompanhamento dos sobreviventes, imediatamente após a alta, e num período de médio e longo prazo.

Na primeira reunião ficou definido que o HUSM seria a instituição de referência para os sobreviventes e que a proposta de estruturação do atendimento deveria ser encaminhada ao MS em caráter de urgência. Esta articulação inicial entre o HUSM e os gestores do sistema desencadeou o processo de planejamento das atividades para a criação de um centro que atendesse as vítimas, conforme expresso pelos entrevistados, a seguir.

A universidade começou a atender e era o único serviço público que estava razoavelmente estruturado. Ocorreram algumas reuniões com o Governo Federal, Governo Estadual, HUSM e município, para ver como se estruturaria o serviço de acompanhamento daquelas vítimas. (G2)

Houve um entendimento de que os entes públicos deveriam se unir, tanto os entes municipais, estaduais e federal, houve algumas reuniões com o pessoal do Ministério da Saúde, da educação, com o estado, o município. (P6)

Para Gonçalves (2006), a elaboração do planejamento, na sua primeira etapa, constitui a análise diagnóstica prévia que identifica a existência de problemáticas, consideradas situações limitantes, que se interpõem ao ideal de perfeição concebido no imaginário. O mesmo autor diz, ainda, que o planejamento é uma das funções básicas do processo administrativo, juntamente com as funções de organização, direção, controle e avaliação, com vistas à criação ou à modificação das realidades (GONÇALVES, 2006).

Dada a definição de que o HUSM seria a instituição responsável para responder à continuidade de cuidado dos sobreviventes, coube ao hospital coordenar os trabalhos que visaram construir uma proposta de criação e implantação do centro de atendimento às vítimas. O desafio começava por enfrentar as limitações, tanto na questão infraestrutura física e suporte tecnológico, como do quantitativo insuficiente de profissionais especializados para o atendimento.

A gravidade da situação pós-desastre, descrita por especialistas que anteviam um cenário preocupante, devido às necessidades assistenciais apresentadas pelos sobreviventes, sinalizava para demandas muito superiores das ofertadas pelas estruturas disponíveis no hospital. Esse diagnóstico fez com que a equipe diretiva do HUSM antecipasse ao MS uma estimativa de atendimentos para os primeiros doze meses de atividades do CIAVA, além de apontar a necessidade de contratação emergencial de especialistas e a aquisição de equipamentos e insumos imprescindíveis para o atendimento (Figura 4).

Figura 4 – Estimativa de atendimentos apresentada ao MS

(continua)



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Direção Administrativa

Mem. n.º 020-2013 - DA/HUSM

Santa Maria, 14 de março de 2013.

AO: MINISTÉRIO DA SAÚDE

A/C Dr. Fogolin

Assunto: Informações sobre o CIAVA

Em resposta as informações solicitadas pelo Ministério da Saúde, referentes as necessidades iniciais e custos para implantação do CENTRO DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE ACIDENTES – CIAVA, seguem abaixo, salientamos porém que são informações baseadas em projeções e não dispomos de parâmetros estatísticos e dados epidemiológicos de eventos semelhantes. Foi considerado nesta projeção o atendimento matricial e multiprofissional dos pacientes.

CONTRATAÇÕES EMERGENCIAIS

PROFISSIONAIS	QTDE	SALÁRIO BASE	ENCARGOS SOCIAIS	REMUNERAÇÃO
Psiquiatra	5	19.102,07	15.090,68	34.192,75
Cirurgião Plástico	1	3.820,41	3.018,14	6.838,55
Neurologista	1	3.820,41	3.018,14	6.838,55
Médico Clínico	1	3.820,41	3.018,14	6.838,55
Médico Pneumologista	2	7.640,82	6.036,28	13.677,10
Assistente Social	1	1.709,50	1.350,50	3.060,00
Fonoaudiólogo	1	2.340,78	1.849,22	4.190,00
Terapeuta Ocupacional	1	2.340,78	1.849,22	4.190,00
Fisioterapeuta	8	18.726,24	14.793,76	33.520,00
Enfermeiro	2	4.681,56	3.698,44	8.380,00
Psicólogo	3	7.022,34	5.547,66	12.570,00
Técnico em Enfermagem	4	5.407,81	4.272,19	9.680,00
Técnico em Farmácia	2	2.703,91	2.136,09	4.840,00
TOTAL	26	69.092,38	54.583,12	148.815,50
TOTAL PARA 6 MESES DE ATENDIMENTO ---->				R\$ 892.893,00

Figura 4 – Estimativa de atendimentos apresentada ao MS

(continuação)

ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO AS VÍTIMAS DE ACIDENTES EM 12 MESES		
PNEUMOLOGIA	300 PACIENTES	1.500 CONSULTAS
Foi utilizado o parâmetro de 5 retornos num período de 12 meses.		
NEUROLOGIA	120 PACIENTES	480 CONSULTAS
Foi utilizado o parâmetro de 4 retornos num período de 12 meses.		
FISIOTERAPIA	70 PACIENTES	3.360 SESSÕES
O total de pacientes com indicação de fisioterapia, que foram avaliados nos mutirões e nos ambulatórios do CIAVA, totalizaram 112 pacientes, até o presente momento, consideramos para efeito de previsão do número de sessões, a serem realizadas no Hospital Universitário, o percentual de 60% destes pacientes, ou seja os pacientes considerados mais graves, realizando 2 sessões por semana, num período de 6 meses.		
BRONCOSCOPIA		300 EXAMES
Psiquiatria	150 PACIENTES	2.700 CONSULTAS
Até a presente data, estão em atendimento 60 pacientes, com consultas semanais ou quinzenais, estima-se que este número possa chegar a 200 pacientes, há de considerar-se que a Prefeitura de Santa Maria, através da Secretaria Municipal de Saúde, não obteve êxito na contratação de médicos psiquiatras, e portanto toda demanda estará sendo absorvida pelo Hospital Universitário de Santa Maria, que também é o único pronto socorro em Psiquiatria na região centro do Estado do Rio Grande do Sul, após o evento da Boate Kiss, a demanda por atendimento psiquiátrico no PS aumentou significativamente.		
FONOAUDIOLOGIA	80 PACIENTES	2.000 SESSÕES
Para o cálculo de Sessões de Fonoaudiologia, foram considerados em média de 1 sessão por semana.		
Ambulatório CIAVA de atendimento Multiprofissional	450 PACIENTES	1.350 CONSULTAS
TESTE DE CAMINHADA		300 EXAMES
Até o presente momento já foram realizados 110 Testes de Caminhada.		
ESPIROMETRIA		500 EXAMES

Figura 4 – Estimativa de atendimentos apresentada ao MS

(conclusão)

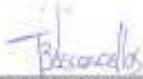
Até o presente momento já foram realizadas 150 espirometrias:		
RAIO X de Torax		300 EXAMES
TOMOGRAFIA de Torax		200 EXAMES
RESSONÂNCIA MAGNETICA de Eixo Cefálico		40 EXAMES

EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Espirômetro Completo com I.O.S. ANEXO 1	02 un	R\$ 35.640,00	R\$ 71.280,00
Pletismógrafo Completo com I.O.S. e Sistema de Análise de funções Pulmonares ANEXO 2	01 un	R\$ 239.880,00	R\$ 239.880,00
Gasometria com Carboxi-Hemoglobina ANEXO 3	01 un	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
Oxímetro de Pulso ANEXO 4	11 un	R\$ 500,00	R\$ 5.500,00
Aspirador Portátil ANEXO 5	05 un	R\$ 2.000,00	R\$ 10.000,00
Esteira Ergométrica Profissional ANEXO 6	02 un	R\$ 19.000,00	R\$ 38.000,00
Fibrobroncoscópio Adulto ANEXO 7	01 un	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
Eletroneuromiógrafo 4 canais de Amplificação ANEXO 8	01 un	R\$ 85.000,00	R\$ 85.000,00
Manovacuômetro Digital – ANEXO 9	01 un	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Indicador respiratório de volume – adulto ANEXO 9	20 un	R\$ 190,00	R\$ 3.800,00
TOTAL EM EQUIPAMENTOS			R\$ 702.460,00

Qualquer dúvida estamos a disposição.

Atenciosamente.


 JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS
 Diretor Administrativo HUSM/UFMS

Av. Roraima, 1000 Prédio 22 – Anexo Administrativo – Térreo – Sala 1804
 Campus – Carmoí - Santa Maria – RS
 Fone/fax: 55 3220 5704 – 55 3220 9705 e-mail: administracao.husm@ufsm.br

Este documento expressa a importância do termo de compromisso firmado entre as partes. A emissão deste foi resultado de reuniões de pactuação entre os entes signatários e o Ministério da Saúde em que definiu o HUSM como instituição de referência para as vítimas do desastre da Kiss. Destaca-se, nesse processo, a importância da articulação com diversas instituições e atores que poderiam auxiliar na construção de estratégias e na disponibilização de recursos que superassem os limites existentes.

A gente fazia reuniões, com participação a nível federal, estadual. Então isso também facilitou o próprio custeio disso, pois para tu organizar uma estrutura, são várias coisas que interferem, que precisa. (P7)

Provocar, junto ao CCS, reuniões de discussão e, a partir dessas reuniões com resultados positivos, ocorreu a criação do CIAVA. (G1)

Houve uma pactuação entre as três esferas: municipal, estadual e federal. Houve assinatura de um termo, ente signatário entre UFSM, juntamente ao Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal de Santa Maria e o governo do estado. Cada instância ficou responsável, dentro da sua ótica de responsabilidade para o melhor atendimento a essas vítimas, tudo dentro da concepção do SUS. (P2)

A Figura 5 apresenta o extrato do termo de compromisso. É possível perceber que a emissão deste termo de compromisso entre as partes envolvidas, comprometendo os três níveis da federação – municipal, estadual e federal deu segurança e validou a estruturação de um serviço, com atendimento preferencial à uma população específica, no interior de um hospital regulado como referência para uma região de 43 municípios e totalmente público.

Figura 5 – Extrato do Termo de compromisso

(continua)

Ministério da Saúde
GABINETE DO MINISTRO
EXTRATO DE COMPROMISSO
<p>ESPECIE: Termo de Compromisso que entre si celebram o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, as Secretarias de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa do Município de Santa Maria, e a Universidade Federal de Santa Maria.</p> <p>OBJETO: Estabelecer a cooperação entre os entes signatários com vistas à realização dos procedimentos técnicos e operacionais para continuidade da atenção à saúde das vítimas, de familiares e de profissionais envolvidos no incêndio ocorrido, em 27 de janeiro 2013, na Boate Kiss, Município de Santa Maria (RS), envolvendo ações de vigilância à saúde, atenção básica, especializada e psicossocial.</p> <p>VIGÊNCIA: 5 (cinco) anos</p> <p>DATA DE ASSINATURA: 22 de fevereiro de 2013.</p>

Figura 5 – Extrato do Termo de compromisso

(continuação)

TERMO DE COMPROMISSO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, AS 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.

O **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, edifício-sede, Brasília (DF), neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, **ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**, nomeado pelo Decreto Presidencial de 1º de janeiro de 2011, publicado no Diário Oficial da União, Edição Especial, Seção 2, de 1º de janeiro de 2011, portador da Carteira de Identidade nº 173466758, expedida pelo SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 131.926.798-08; a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**, neste ato representada pelo Secretário, **CIRO CARLOS EMERIM SIMONI**, portador da Carteira de Identidade nº 5004428982 SJS/RS, inscrito no CPF nº 191.206.210-00, situada na Av. Borges de Medeiros nº 1501 - 6º Andar - Porto Alegre (RS) CEP: 90119-900; a **SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DE SANTA MARIA**, neste ato representada pelo Secretário, **ANTÔNIO CARLOS FREITAS VALE DE LEMOS**, portador da Carteira de Identidade nº 5014802853 SJS/RS e inscrito no CPF nº 142715160-15; a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA (RS)**, neste ato representada pela Secretária, **ANNY GÜNDEL DESCONZI**, situada na Av. Nossa Senhora Medianeira nº 355, Bairro Medianeira, Santa Maria (RS) CEP: 97060-001; a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE (RS)**, neste ato representada pelo Secretário, **CARLOS HENRIQUE CASARTELLI**, portador da Carteira de Identidade nº 600.5109969 SJS/RS e inscrito no CPF nº 310.590.070-53, situada na Av. João Pessoa nº 325, Porto Alegre (RS), CEP: 90040-971; e a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (RS)**, neste ato representada pelo Reitor, **FELIPE MARTINS MÜLLER**, portador da Carteira de Identidade nº 9011117844 SSP/RS, e inscrito no CPF nº 442.925.380-34, situado na Av. Roraima nº 1.000, Prédio da Administração Central 5º, Bairro Camobi, Santa Maria (RS), CEP-97105-900, resolvem firmar o presente Termo de Compromisso mediante as cláusulas e condições nele contidas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso tem por 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, de familiares e de profissionais envolvidos no incêndio ocorrido, em 27 de janeiro 2013, na Boate Kiss, Município de Santa Maria (RS), envolvendo ações de vigilância à saúde, atenção básica, especializada e psicossocial.



Figura 5 – Extrato do Termo de compromisso

(continuação)

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS COMPROMISSOS

Os signatários do presente Termo de Compromisso assumem, reciprocamente, compromissos de atuar de maneira articulada e em parceria, propiciando as condições necessárias para a implementação das seguintes ações:

- 1) implantação do protocolo de atenção clínico-assistencial para avaliação e seguimento longitudinal aos sobreviventes e aos profissionais envolvidos no atendimento do incêndio ocorrido, em 27 de janeiro 2013, na Boate Kiss, Município de Santa Maria (RS);
- 2) assistência especializada às vítimas de queimaduras com garantia de realização de procedimentos necessários de reparação cirúrgica e reabilitação;
- 3) continuidade da atenção psicossocial e de vigilância à saúde aos sobreviventes, familiares das vítimas e aos profissionais envolvidos no atendimento;
- 4) ampliação e qualificação de ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica no Município de Santa Maria (RS);
- 5) elaboração do plano de atividades, com detalhamento das ações e responsabilidades, no prazo de 30 (trinta) dias, após a assinatura do presente Termo de Compromisso.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA COORDENAÇÃO

Caberá ao Ministério da Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul a coordenação do processo, cabendo-lhes a convocação dos signatários para reuniões, a elaboração das atas e demais tarefas pertinentes à implementação do Termo de Compromisso.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O presente Termo de Compromisso não envolve a transferência de recursos financeiros entre os partícipes.

Parágrafo único. Caso haja a necessidade de alocação de recursos orçamentários e financeiros para execução de ações decorrentes deste Termo de Compromisso, suas respectivas dotações, vinculações e repasses serão implementados mediante a celebração de instrumentos específicos, observados todos os requisitos jurídicos pertinentes.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Compromisso tem prazo de vigência de 5 (cinco) anos, prorrogável por igual período.

CLÁUSULA SEXTA - DA DENÚNCIA OU RESCISÃO

Os partícipes poderão denunciar ou rescindir unilateralmente o presente Termo de Compromisso, mediante comunicação escrita aos demais partícipes, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. No entanto, a denúncia ou rescisão não representará liberação de compromissos porventura assumidos por meio de instrumentos específicos e/ou acordos, que estejam ainda em vigor e em andamento, até o término de todos e quaisquer programas ou projetos a eles vinculados.



Figura 5 – Extrato do Termo de compromisso

(conclusão)



4.1.4 O projeto de criação do centro

Pactuada a relação entre os entes envolvidos, identificados os recursos, que estariam disponíveis e as responsabilidades das instituições foi possível formular o projeto de estruturação do CIAVA, que, conforme acordado, teria o foco específico na problemática do desastre e na organização do seguimento do cuidado aos sobreviventes. Este projeto, mesmo com tempo exíguo para sua elaboração, garantiu a observância dos pressupostos básicos para

estruturação de serviços de saúde previstos na Lei Orgânica do SUS, ajustados à situação loco regional.

Nós fizemos esse projeto do Centro, inclusive, determinando um espaço físico, não aqui dentro [do HUSM], número de pessoas, uma equipe multiprofissional, equipamento, estrutura física, enfim, um centro de reabilitação e que era multiprofissional. Na primeira reunião com a Força Nacional, junto do CCS, em dois dias, fizemos um projeto do centro de reabilitação. Acredito que tenha sido a semente, a ideia inicial do CIAVA. O HUSM seria referência para as pessoas que estariam dando alta e que estavam internadas nos mais diversos hospitais, principalmente em Porto Alegre. O hospital teve que se organizar de uma forma emergencial. (G7)

Entendeu-se que era necessária a criação do centro, que haveria essa necessidade. Os pacientes, as pessoas, que estavam, que foram acometidas por essa situação, deveriam retornar e ser atendidas já numa fase não tão aguda do acidente. Após a alta hospitalar, esses pacientes teriam que ter um acompanhamento, a longo prazo. Essas pessoas que eram da região, ou de Santa Maria, teriam que retornar após a sua internação para o acompanhamento das possíveis lesões que ainda teriam, das sequelas, consequências psicológicas e emocionais desse incidente. Então houve a necessidade da criação do centro. (P6)

O CIAVA foi criado para atender mais as especialidades, o núcleo das especialidades relacionadas ao atendimento dos sobreviventes do incêndio da boate Kiss. Então, o processo foi instalado, muito rapidamente, com envolvimento da gestão e trabalhadores. (P9)

Fizemos reuniões na época em que a Força Nacional do SUS estava aqui. As reuniões que aconteceram no CCS, que tinha representatividade do HUSM, dos órgãos de classe, das instâncias de sociedade de fisioterapia, pneumologia. A gente acabou falando muito do que é que a gente via dos pacientes que estavam tendo alta, que eles tinham estabilizado, mas a gente já enxergava a reabilitação. A gente enxergava os pacientes precisando de reabilitação, porque é muita gente e não vai ser por pouco tempo, vai ser por muitos anos. Foi o que a gente disse para as instâncias de governo que estavam aqui, que na época eram federal, estadual e municipal. A gente via a necessidade de saúde desses pacientes. A estratégia que eu usei foi: o que é que o meu conhecimento pode ajudar nessa hora? (P11)

Reunindo profissionais, docentes das universidades, gestores dos serviços e do sistema de saúde que se disponibilizavam a compartilhar o seu conhecimento solidariamente para a construção de alternativas que respondessem rapidamente as necessidades de cuidado, tornou-se possível a elaboração de um projeto em que todos sentiram-se partícipes. Com as informações disponíveis construiu-se uma proposta inicial que apresentava as diretrizes gerais a serem empreendidas para o desenvolvimento das atividades, no entanto, a equipe de gestores e profissionais envolvidos estavam cientes de que esta proposta deveria ser ajustada permanentemente, na medida em que as necessidades dos usuários fossem sendo evidenciadas.

Portanto, na etapa de elaboração do projeto de continuidade do cuidado, que ocorreu, concomitante, ao atendimento das vítimas nas fases emergencial e hospitalar, ficou claro para os envolvidos a dificuldade em mensurar o alcance do atendimento pela precariedade e

fragmentação das informações, quanto ao número de sobreviventes e suas reais necessidades. Entretanto, não restavam dúvidas, era preciso alta resolutividade e priorizar uma abordagem que primasse pelo cuidado integral.

Para Gonçalves (2006), um dos grandes desafios para os administradores é a construção e utilização adequada de ferramentas de suporte e gestão, que devem ser simples, eficazes e facilitar a identificação das etapas a serem desenvolvidas.

A opção por utilizar recursos de uso comum para a realização da maior parte das atividades diárias pelos diferentes núcleos profissionais e que permitisse a sua utilização e domínio, mais facilmente, é uma decisão fundamental, quando o processo exige celeridade. Pode-se dizer que a expressiva maioria dos profissionais tem conhecimento, mesmo que empírico e utilizam, com frequência, ferramentas de gestão do tipo espiral de projetos, em que questões básicas como: o quê, como, quando, onde, por que, fazem, dão e são o próprio sentido das suas atividades cotidianas. E esta foi a ferramenta utilizada para a construção do projeto.

Dessa forma, o projeto de implantação do Centro descreveu o passo a passo da sua estruturação considerando seus riscos e pressupondo análise contínua. O próprio projeto delegou à equipe autonomia para os ajustes necessários, de modo a facilitar a absorção da demanda, quer fosse por cadastro para atendimento ou acolhimento no mesmo dia. Nenhum usuário, vítima direta ou não, poderia ser dispensado compulsoriamente sem passar pelo acolhimento de um membro da equipe (Anexo A).

Para que isso fosse possível foi fundamental a sincronia entre a vivência organizacional, acesso a referências da literatura disponíveis, exercício dos conceitos na prática cotidiana e a busca por resultados, constituindo-se numa constante para o desenvolvimento da trajetória, com a finalidade de atender a meta proposta: tratamento resolutivo e de qualidade, sob os aspectos biopsicossociais, para todos que acessassem o serviço.

Ao refletir sobre a trajetória de criação e a implantação do CIAVA, pode-se dizer que sua estruturação contempla, em grande parte, os pressupostos da espiral do projeto, em que a representação gráfica de um conceito de desenvolvimento de projetos é utilizada para estudos e projeções que envolvam grandes desafios e alta complexidade. Esta espiral assume o princípio heterodoxo mais flexível em que a trajetória ideal para atingir o ponto ideal ou a meta é similar a um percurso em forma de espiral (GONÇALVES, 2006).

A utilização da espiral do projeto, em detrimento da trajetória ortodoxa retilínea permite a evolução interativa e saudável dos processos, criando confiança para atingir o ponto ideal ou a meta planejada, de forma contínua e estruturada. Cabe dizer que ao utilizar a ferramenta da espiral os administradores são lembrados da necessidade de mesclar teoria e prática

(GONÇALVES, 2006). Aspecto relevante a ser destacado que, em certa medida, traduz o universo das práticas de um hospital-escola, onde foi inserido o CIAVA.

Figura 6 – Apresentação da folha de rosto do plano de estruturação do CIAVA



Foi possível verificar que a mobilização inicial aconteceu, a partir dos questionamentos apresentados pelos gestores e trabalhadores, com base na situação vivenciada. Houve a necessidade de readequação no cenário interno para dar conta das metas estabelecidas pela proposta de implantação do centro. Além da mobilização de profissionais com expertises distintas foi preciso adquirir equipamentos novos e diferenciados para execução das técnicas pré-estabelecidas nos protocolos assistenciais.

Um passo importante diz respeito à análise do desempenho obtido, após a implantação, componente relevante e recomendado no processo, também recomendado pelos autores (GONÇALVES, 2006). Nesse sentido, vários ajustes foram necessários no período de implantação do CIAVA: ajustes no fluxo externo e interno, definição dos protocolos de atendimento (pneumologia e psiquiatria), inclusão de outras especialidades, busca ativa dos faltosos, além da cooperação permanente entre os pontos de atenção definidos no termo de compromisso. O dinamismo do processo, cada vez melhor assimilado pela equipe, constituiu-se em recurso fundamental para o adequado andamento das atividades do Centro e sua interface com os demais serviços do hospital.

4.1.5 Configuração da equipe de trabalho – a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe

A experiência acumulada pelos profissionais e docentes envolvidos no atendimento às vítimas, desde o início, aliado ao fato de muitos deles terem atuado como voluntários nas diferentes instituições que prestaram socorro na fase emergencial e, especialmente, o fato de o hospital ter em sua estrutura serviços com trajetória de abordagem multiprofissional, em que a clínica ampliada configurou-se em diretriz da prática cotidiana, favoreceu a adesão e a interação dos profissionais à equipe.

Estive trabalhando, desde o início, como voluntário primeiramente. (P8)

Naquele primeiro momento começamos a ver qual seria a configuração da equipe, quantas pessoas precisaríamos. (G7)

Para a definição da equipe foi fundamental o conceito de clínica ampliada. Esta é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que pode ser entendida como prática interdisciplinar capaz de estabelecer conexões e parcerias com outras práticas e modos de fazer saúde que buscam entender o significado do adoecimento, não tratando apenas a doença, mas o sujeito de maneira integral (SAMPAIO, 2014).

Uma das publicações do MS, da série de Textos Básicos para a Saúde (2009), trata, exclusivamente, da Clínica Ampliada como diretriz para humanização do atendimento em saúde, sendo:

uma aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre

produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009, p. 5).

As falas dos entrevistados demonstraram, com destaque, o envolvimento dos profissionais, o desejo do efetivo exercício da atividade interdisciplinar para alcançar, estruturar e qualificar o atendimento necessário.

Foi uma equipe multidisciplinar e agora também, mas eu vejo que no CIAVA são várias especialidades, tanto é médico, enfermeiro, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, psicólogo, é toda a equipe multidisciplinar mesmo que fica e é toda ela envolvida. E eu vejo que isso mobiliza e também lá na frente dê um resultado positivo. (P5)

O centro, foi organizado e se pensou nesse sentido, de dar esse acompanhamento multiprofissional a essas pessoas. Trabalhamos entre os setores, então existe uma intersetorialidade. Eu acho que nós conseguimos dentro dos princípios do SUS trabalhar muito tranquilamente pensando nisso, a gente deu conta também disso. (P6)

Para Merhy (2014), quanto maior o conjunto de saberes que os trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde, aumentando a capacidade de enfrentá-lo. Isto tanto serve para a atenção do usuário quanto para o processo de gestão, ou seja, a própria composição dos processos de trabalho e de identificação da equipe multiprofissional necessária para a organização do serviço.

A participação da equipe em todas as etapas da decisão, construção da proposta a implantação do seguimento ambulatorial tornou-se dispositivo potente e robusto sobre o processo de trabalho. A afinidade entre os profissionais, a experiência vivenciada nas etapas anteriores do desastre em que a capacidade de revezamento, a testagem dos limites individuais e coletivos, a autonomia para a tomada de decisão que, possivelmente, contribuíram para reduzir o número de perdas nas primeiras horas, ainda na fase emergencial, parece ter aumentado a confiança dos membros da equipe, para enfrentar as adversidades decorrentes de uma rede considerada frágil e com tensões de toda e qualquer natureza.

4.1.6 Organização do atendimento e a construção dos processos de cuidado

O estrato de compromisso emitido pelo gabinete do ministro da saúde e assinado pelos representantes dos entes signatários fortaleceu a proposta, amplamente discutida por gestores,

profissionais e docentes no sentido da organização da rede para atender os sobreviventes. O disposto no termo que prevê ações de vigilância em saúde, atenção básica, especializada e psicossocial permitiu que se identificassem e se pactuassem as competências de cada ponto de atenção existente na rede local ou criado a partir do desastre.

Não é novo o conceito de organização do trabalho em saúde na modalidade de rede de atenção. Coile (1997) alertava sobre a importância de as redes de saúde serem baseadas mais na cooperação que na competição, expressando-se na visão compartilhada da rede, no foco da qualidade, na integração vertical e horizontal dos serviços e na eliminação de redundâncias.

Sobre as mudanças para o sistema de saúde, VECINA NETO (2012), enfatizou que os modelos de gestão em rede permeiam os níveis de complexidade para o desenho dos fluxos assistenciais, sem que haja algum tipo de subordinação hierárquica entre eles. Esta concepção responde às necessidades do planejamento de realidades locorregionais diferenciadas em termos de oferta e demanda (VECINA NETO; MALIK, 2012).

Foi o que se observou no caso do desastre da Kiss. A necessidade de resposta a uma situação extraordinária, com demanda por assistência, muito particularizada, norteou a estruturação do atendimento ambulatorial, a partir de uma rede local, com circuito definido e específico.

Sem poder contar com experiências de outros locais que vivenciaram situações semelhantes, pois não foram encontrados registros na literatura da criação de serviços, para o acompanhamento longitudinal estruturado para atender sobreviventes, buscou-se amparar a elaboração e a efetivação do projeto do CIAVA na legislação do SUS, fortemente sustentado no referencial da Saúde Coletiva.

Afirmar que não tinha como e nem poderia ser diferente, com base nas características do território – respaldado por uma universidade pública, no interior de um hospital público - parece simplificar o processo de tomada de decisão. O modelo assistencial, por procedimento, centrado na figura do médico, em que os demais profissionais orbitam em sua volta e de uma formação que se põe de joelhos para este modelo, ainda que em silêncio, são forças combativas, quando ventos da mudança são percebidos. O estudo de Ferla et al. (2009) destaca a afeição especial entre o modelo biomédico e a assistência hospitalar. O autor alertou, ainda, quanto à sua predominância no ensino, na organização dos serviços de saúde, nas práticas assistenciais, além de influenciar as discussões, dificultando mudanças necessárias para a transformação das práticas em saúde.

Portanto, a escolha pelas diretrizes do SUS e o desejo de mudança da modelagem assistencial tratou-se de escolha possível e, sobretudo, ancorada na implicação dos gestores e

profissionais envolvidos na construção do projeto e na implantação do CIAVA. Sobre este aspecto cabe destacar o alinhamento dos gestores federais, estaduais e do HUSM e dos trabalhadores, em especial, na defesa do atendimento universal e gratuito e sob a responsabilidade do estado a todos os sobreviventes do desastre.

Em 18 de fevereiro de 2013, o CIAVA iniciou, oficialmente, suas atividades. Uma nota distribuída a toda imprensa local foi a forma encontrada para dar amplo conhecimento à população do funcionamento do serviço:

NOTA DE ESCLARECIMENTO DA DIREÇÃO DO HUSM SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE – CIAVA. Com a finalidade emergente de atender as vítimas do acidente na boate em Santa Maria o HUSM coloca à disposição da comunidade o CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE – CIAVA. O atendimento desta parcela importante da população afetada pelo incêndio que vitimou fatalmente mais de 230 pessoas está sendo estruturado pelo Hospital Universitário em parceria com o Centro de Ciências da Saúde, a Universidade Federal de Santa Maria, a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria e os Ministérios da Educação e da Saúde. O atendimento inicial no Centro para as vítimas que foram socorridas no HUSM é prestado nos ambulatórios das especialidades, a partir dos retornos marcados à época. As vítimas que receberam atendimento no hospital e foram liberadas, ou que foram atendidas em outros serviços de saúde, serão agendadas, conforme procura espontânea ou referenciada pelos serviços da rede de saúde. Aqueles que estiveram em contato com o ambiente, durante o incêndio, e não buscaram atendimento imediato também serão acolhidos pelo Centro, de acordo com a classificação de risco definida pela equipe multiprofissional, em dias e horários previamente estabelecidos e conforme registro nas listas de identificação dos presentes na boate, na noite da tragédia. O agendamento para as vítimas pode ser feito no setor de Marcação de Consulta do HUSM, próximo à entrada para os ambulatórios, das 8 às 17 horas, mediante a apresentação de documento de identidade da vítima. O telefone para maiores informações é: (55) 3220 8575².

Por meio desta nota, colocou-se à disposição dos sobreviventes do desastre o acesso a um serviço ambulatorial, que viabilizaria, em primeiro lugar, a identificação das demandas de cuidado das pessoas e, a partir disso, a continuidade de cuidado, baseada nas necessidades apresentadas. Para Vecina Neto e Malik (2012), a gestão do ambulatório deve ser local. Apesar da existência de parâmetros recomendáveis em relação aos recursos físicos e a organização das agendas de consultas, a realidade do local deve ser prioritária em relação aos parâmetros.

Ainda, segundo o mesmo autor, os pontos críticos na organização do ambulatório perpassam pela regulação, prontuários do paciente e autorizações. A regulação é responsável pela garantia da atenção que ensejou o planejamento e a organização do ambulatório. No agendamento, identificado como o primeiro instrumento da regulação, não deve existir sobra

² Fonte: Plano de Estruturação Emergencial do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas do Incêndio em Santa Maria – CIAVA, fevereiro de 2013.

de vagas nem falta de marcação. A forma de distribuir os atendimentos, a serem agendados será determinante para evitar o absenteísmo e a consequente subutilização dos recursos (VECINA NETO; MALIK, 2012).

Ainda no momento inicial das atividades do CIAVA, durante a organização dos mutirões e agendamentos no portal do MS foi possível identificar os pontos críticos assinalados pelo autor, principalmente, porque no centro propunha-se efetivar, concomitantemente, tanto o atendimento diário quanto a organização dos mutirões aos finais de semana. Foi desafiador para as equipes fazer a gestão da regulação do agendamento dos sobreviventes oriundos do hospital, ao mesmo tempo em que recebia encaminhamentos dos demais serviços e também fazia o acolhimento da demanda espontânea. No fluxo pactuado do CIAVA, o serviço social fazia o acolhimento das demandas e a “distribuição” dos atendimentos, de acordo com os critérios clínicos definidos pela equipe e descritos nos protocolos.

Figura 7 – Destaque na página do Ministério da Saúde para cadastro de vítimas



A alternativa de atendimento no formato de mutirões foi entendida como uma maneira de responder rapidamente à expectativa por atendimento, um jeito de dizer ‘sim, o SUS, por intermédio do HUSM é a instituição de referência para as vítimas do caso Kiss’, e também propiciou que a demanda por cuidado fosse mapeada. Além das vítimas, de seus familiares e da população, gestores e profissionais também esperavam por ações concretas de acolhimento imediato e os mutirões responderam à expectativa percebida por todos.

Foram aqueles mutirões de final de semana, que atenderam muita gente, quando o CIAVA se instalou mesmo como CIAVA e foram designadas pessoas para trabalhar lá. (P11)

Foi feito um mutirão para fazer o acompanhamento, depois começamos a absorver outros pacientes. (P1)

Para o primeiro mutirão, além dos profissionais do HUSM, foram acionados pela Força Nacional profissionais de outras instituições. Alguns de Porto Alegre, outros do Hospital de Clínicas, da parte de pneumologia, de fisioterapia. Passados 15 dias, a gente fez um segundo mutirão, também num formato parecido. (G6)

Os mutirões foram instituídos, no sentido de avaliar todas as áreas, de fazer um levantamento e uma avaliação de como estavam as vítimas, dando aquela lógica do cuidado. Então o indivíduo passava por todas as áreas multidisciplinares e eu considerei uma experiência muito positiva. Era realizado contato telefônico, via serviço social e chamamento numa página do Ministério da Saúde, na qual o indivíduo tinha que preencher um questionário. (P2)

O acolhimento, realizado nos mutirões, seguia protocolo e tinha como objetivo identificar as necessidades das vítimas, de tal forma que, dada a gravidade evidenciada na avaliação inicial, pudessem ser providenciados, no mesmo dia, os atendimentos especializados de diagnóstico e terapia para os casos que exigiam celeridade, assim como eram agendados retornos para os cuidados considerados eletivos. Destaca-se, portanto, que os mutirões cumpriram papel importante em agilizar diagnósticos e terapias necessárias, segundo a avaliação de risco de cada pessoa atendida.

O Quadro 6 apresenta os dados das equipes que foram mobilizadas para a realização dos mutirões. Percebeu-se que os mutirões foram realizados com equipes multiprofissionais, compreendendo especialidades que respondiam às necessidades dos usuários identificadas nas fases emergencial e hospitalar do atendimento. Para o adequado atendimento das necessidades das pessoas foi fundamental que os atores que planejavam a organização da continuidade do cuidado fossem profissionais que estavam envolvidos no cuidado das vítimas na fase inicial, permitindo, assim, que o conhecimento sobre a realidade e as demandas orientassem as decisões da equipe diretiva responsável pela organização dos processos de trabalho.

Quadro 6 – Profissionais envolvidos segundo profissão e especialidades no primeiro e segundo mutirão

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	1º MUTIRÃO	2º MUTIRÃO
Médico Clínico	8	8
Pneumologista	8	6
Neurologista	7	3
Cirurgia de cabeça e pescoço	1	1
Psiquiatra	1	1
Enfermeiro	22	22
Fisioterapeuta	5	5
Fonoaudiólogo	3	3
Farmacêuticos	3	3
Assistente Social	4	3
Psicólogo	3	2
Nutricionista	4	2
Técnico Enfermagem	15	14
Técnico em radiologia	6	6
Administrativo	26	26
Residentes Médicos, Multiprofissionais e Acadêmicos	50	36
Total	166	141

Fonte: Sistema de Informação do CIAVA

O Quadro 7 apresenta os dados sobre o número de pessoas agendadas e atendidas nos mutirões realizados. Observou-se que no primeiro final de semana de mutirão houve maior número de pessoas agendadas, e também maior número de atendimentos, se comparados com o segundo mutirão.

O Quadro 8 apresenta os dados dos atendimentos realizados nos dois mutirões. Percebe-se que foram realizados, em média, mais de quatro atendimentos por pessoa acolhida, visto que ocorreram 1.658 atendimentos (1.309 consultas e 349 exames) para 405 pessoas atendidas. As

necessidades mais evidentes tinham relação com sinais e sintomas do sistema respiratório, demandantes de exames para a avaliação das queixas apresentadas.

Quadro 7 – Número de sobreviventes agendados, agendados que não compareceram, atendimentos em demanda espontânea e total de sobreviventes atendidos no primeiro, segundo mutirão e no total

SOBREVIVENTES	1º MUTIRÃO	2º MUTIRÃO	TOTAL
Agendados	298	164	462
Agendados que não compareceram	49	42	91
Demanda espontânea	22	12	34
Sobreviventes atendidas	271	134	405

Fonte: Sistema de Informação do CIAVA

Por outro lado, além do atendimento das demandas individuais por assistência à saúde os mutirões, que atenderam 405 pessoas, e a existência do serviço que garantia a continuidade do cuidado oportunizaram a produção de informações. Deste modo, foi possível conhecer mais o conjunto de necessidades para o qual o CIAVA estava sendo organizado.

A Tabela 3 apresenta a caracterização sociodemográfica dos sobreviventes que foram atendidos, vítimas diretas do desastre da boate Kiss, bem como, o histórico progresso de cuidado na fase emergencial.

Em relação aos sobreviventes atendidos no CIAVA, observou-se que a maioria era do sexo masculino (56,6%), na faixa etária de 20 a 29 anos (45,7%), com ensino superior completo ou incompleto (50,4%). Na questão da descrição do socorro, 29,5% não apresentou atendimento hospitalar e cadastrou-se por busca espontânea, enquanto que 13,8% foi submetido a atendimento hospitalar e 12,1% utilizou ventilação mecânica. O atendimento inicial foi realizado, prioritariamente, em outros hospitais (21,5%), no Hospital de Caridade de Santa Maria (17,7%), na UPA de Santa Maria (17,3%) e no HUSM (9,1%). Cabe destaque a fração importante de sobreviventes que não buscou atendimento inicial (26,7%), mas que acessou, posteriormente, o CIAVA. No que diz respeito aos sobreviventes queimados, estes se apresentaram em minoria (10,5%).

Quadro 8 – atendimentos ambulatoriais de consultas e exames realizados no primeiro, segundo mutirões e o total deles

Atendimento Ambulatorial	1º Mutirão	2º Mutirão	Total
Pneumologia	159	90	249
Neurologia	73	32	105
Oftalmologia	14	0	14
Fisioterapia	111	95	206
Cir Cabeça e Pescoço/Otorrino	34	13	47
Enfermagem/GELP-queimados	14	7	21
Fonoaudiologia	46	20	66
Assistência Farmacêutica	71	11	82
Emergência Psiquiátrica	1	16	17
Atendimento específico à saúde do trabalhador com encaminhamento ao CEREST	23	18	41
Psicossocial	56	0	56
Total de consultas realizadas	873	1309	436
Exames de Imagem (RX, US, TC)	24	75	99
Exames Laboratoriais	22	13	35
Espirometria/Oscilometria	62	70	132
Teste de Caminhada	26	35	61
Eletroneuromiografia	16	6	22
Total exames realizados	150	349	199
Total Geral	1023	1658	635

Fonte: Sistema de Informação do CIAVA

A ampla divulgação da abertura do centro, e, portanto, a preocupação em garantir o acesso a todos os sobreviventes possibilitou que vítimas, sem sintomas agudos, sem risco de vida e que não tinham sido atendidas na fase emergencial pudessem ser acolhidas.

Tabela 2 – Distribuição dos sobreviventes do desastre vinculados ao Centro de Atendimento às Vítimas de Acidente quanto às variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

Variável	n (639)	%
Sexo		
Masculino	362	56,6
Feminino	277	43,4
Faixa etária		
Menos de 20 anos	127	19,9
De 20 a 29 anos	356	45,7
De 30 a 39 anos	69	13,6
De 40 a 49 anos	59	9,2
De 50 a 59 anos	23	3,6
Acima de 60 anos	5	0,8
Grau de escolaridade		
Ens. superior (in) completo	322	50,4
Ens. Médio completo	247	38,7
Ens. Médio incompleto	37	5,8
Ens. Fundamental completo	14	2,2
Ens. Fundamental incompleto	16	2,5
Não declarou	3	0,4
Descrição do socorro		
Atendimento Hospitalar cadastramento por busca ativa	28	4,5
Atendimento Hospitalar cadastramento por busca espontânea	18	2,8
Atendimento Hospitalar sem internação	2	0,3
Internação Hospitalar sem VM	46	7,2
Internação Hospitalar com VM	77	12,1
Atendimento Hospitalar/Emergência/sem internação Hospitalar por busca ativa	88	13,8
Sem Atendimento Hospitalar cadastramento por busca ativa	56	8,8
Sem Atendimento Hospitalar cadastramento por busca espontânea	190	29,5
Outras Situações	134	21
Atendimento Inicial – fase emergencial		
CAPS (plantão 24h)	5	0,8
Clínica de convênios seu Município	19	3,0
Consultório Privado	8	1,3
HC de Santa Maria	113	17,7
HUSM'	58	9,1
UPA	111	17,3
UBS do seu município	13	2,1
Não Buscou Atendimento	171	26,7
Outros Hospitais	138	21,5
Não informado	3	0,5
Queimaduras		
Sim	67	10,5
Não	572	89,5

O conhecimento do perfil das vítimas e, portanto, da demanda possibilitou qualificar o desenho do cuidado que o CIAVA prestaria. A partir da realidade do desastre sabia-se que se tratava de um público majoritariamente jovem, universitários e pré-universitários. No entanto, a realização do mutirão e do atendimento das primeiras semanas no CIAVA tornou possível a produção de informações mais específicas sobre as pessoas e suas demandas, em especial, foi viável a verificação das principais queixas, que não se caracterizavam por queimaduras visíveis. O reconhecimento destas especificidades resultou em propor que o Centro fosse organizado em horários que facilitasse o acesso, portanto, seu funcionamento ocorreu das 17 às 21 horas, permitindo que os sobreviventes retornassem às suas rotinas de estudo e trabalho.

Mesmo em se tratando de vítimas de um incêndio, as pessoas que demandaram cuidados não apresentavam queimaduras aparentes, suas principais queixas eram respiratórias e de saúde mental (PASQUALOTO et al., 2015). Disto resultou que o serviço foi (re)organizado para atender a estas demandas. A construção de protocolos que respondessem a essas necessidades foi o dispositivo para implicar a equipe, definir fluxos, enfim, estruturar os processos de cuidado do serviço.

Concomitante à organização dos mutirões, também foram se estruturando as atividades do atendimento do Centro. Foi inegável a preocupação com a organização deste processo de trabalho, de forma que fosse garantido acesso específico para as vítimas, ou seja, a universalidade com equidade, bem como a carteira de serviços que respondessem as suas demandas, com consultas especializadas, procedimentos diagnósticos e terapias adequadas para cada situação, buscando a integralidade.

Naquele momento a gente criou um seguimento especial, próprio, onde ele [o paciente] tinha uma fila própria, um caminho único, um atendimento com qualquer especialidade que se fizesse necessário, isso compromisso assumido pelos entes federais, estaduais e municipais que de uma forma ou outra foram responsáveis pelo acidente, tragédia. Era uma responsabilidade pública. (G2)

Eu acredito que o CIAVA cumpriu, principalmente, a parte do princípio da equidade, de tratar os diferentes de forma diferente. Que essa foi uma situação de desastre. (G4)

O princípio do acesso, que é o primeiro, o acesso universal, se buscou de todas as formas possíveis garantir esse acesso, se facultou o acesso a todos. A questão da integralidade da atenção, a garantia do atendimento seja nas questões agudas que tivemos, mas depois nas situações mais crônicas, se dá para usar esse termo. O indivíduo chegava no serviço, uma vez identificada a demanda, o serviço conduzia ele para aquele serviço necessário, tinha que ir para o pneumologista, para o cardiologista, para o neurologista, para isso, para aquilo, quer dizer, o sujeito já saía do serviço com encaminhamento, então, o princípio da integralidade. (G9)

Observa-se, portanto, que, desde a concepção do centro, a visão dos princípios do SUS, especialmente, no que diz respeito à universalidade do acesso e cuidado integral, é preocupação expressa, tanto nas falas dos gestores, quanto dos profissionais.

A integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço, pode ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível às necessidades individuais dos usuários. Isto constitui-se a integralidade focalizada, sendo o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Esta integralidade somente será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde com seus múltiplos saberes e práticas (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p. 116).

Na fase de estruturação inicial do CIAVA e de acolhimento das vítimas foi fundamental a criação de fluxos e processos de trabalho específicos que facilitassem o acesso e a resolutividade do cuidado, conforme afirma o profissional:

Criou-se um centro referência em que a gente consegue acelerar o trâmite desse paciente desde a chegada, da porta de entrada do hospital até o profissional destino que ele precisa consultar. (P1)

O comprometimento da equipe com o cuidado de cada uma das pessoas resultou em processos de trabalho em que a continuidade do cuidado fosse garantida.

A gente foi montando um sistema de atendimento dessas vítimas, estruturando, montando os atendimentos, como eles necessitavam, fazendo todo um esquema. Então, a gente foi organizando esse fluxo de pacientes. Vinham chegando os pacientes, quem já ia atendendo, já ia agendando [...] era feito o fluxo do CIAVA mesmo, já era direcionado para quais áreas a gente necessitava que ele fosse atendido. (P3)

Mesmo reconhecendo o CIAVA como centro de referência para o atendimento das vítimas, a diretriz da regionalização e da construção da rede da atenção também orientava as práticas da equipe. Apesar de acolher as pessoas buscava-se identificar e encaminhar as vítimas para o cuidado nas regiões mais próximas da sua residência, acionando os municípios e serviços do SUS destes territórios.

Como têm muitos sobreviventes que não são de Santa Maria, tem todo o contato com a rede desses outros municípios, que a gente faz esse contato com a parceria da coordenadoria de saúde, (...) para estar vendo se lá tem médico, se tem como ter o atendimento lá, ou vem para cá, a gente necessita solicitar o transporte. E além do acolhimento mesmo, que é o nosso atendimento para ver das vulnerabilidades, o que é que eles realmente estão passando. O CIAVA é para todos. (P5)

O atendimento das pessoas na rede de atenção centrado nas necessidades dos usuários foi evidenciado no depoimento de Célestin Durand, diretor-adjunto do Hospital de Le Havre na França, que passou dois meses no hospital acompanhando o trabalho desenvolvido pelos profissionais do CIAVA. Em seu relatório final apresentado à equipe, ao término do período da vivência, ao tratar da organização do atendimento, envolvendo o CIAVA e a atenção básica do município de Santa Maria que organizou o programa “Acolhe”, como serviço de referência às vítimas da Kiss³, Célestin destaca:

Para melhor organizar a gestão destes dois espaços, que se mostravam cada vez mais protagonistas do atendimento, optou-se por repartir os pacientes, segundo dois aspectos: o CIAVA ficaria com os sobreviventes do desastre e o Acolhe com os familiares e amigos das vítimas. Porém, as fronteiras ficaram porosas entre os dois serviços, o Acolhe atendendo uma vintena de sobreviventes e o CIAVA atendendo também familiares. Assim, o CIAVA e o Acolhe costumam se encaminhar entre eles, os pacientes, quando se nota necessário⁴.

O relato é revelador no sentido de expressar, dentre outras questões, a importância da comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços, o dinamismo necessário e permanente para responder às situações como elas se apresentam, flexibilizando a regra em favor do usuário e a integração da rede, de modo a permitir maior autonomia aos seus pontos de atenção e resposta adequada à garantia do acesso e da integralidade do cuidado.

O desenvolvimento do trabalho no CIAVA está inserido no cenário organizativo do SUS. Para além da finalidade de assistência à saúde, como mais um serviço pertencendo ao conjunto de mais de quarenta outros de um hospital universitário, sua estruturação teve e mantém a pretensão de alinhar-se com iniciativas que veem a necessidade de fortalecer a transição de um modelo de atenção à saúde piramidal e hierárquico, cujo efeito é a fragmentação do cuidado, para a conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em que os diferentes pontos de atenção de um território estruturam-se para prover o atendimento que implica na discussão e na viabilização do acesso, da equidade e da integralidade da atenção à saúde, apoiado pela regulação da atenção.

Segundo Mendes (2011), o sistema piramidal e hierárquico caracteriza-se pela limitação das conexões entre seus diferentes pontos, com predominância dos fluxos hierárquicos, de um

³ Para o cuidado das vítimas da tragédia estiveram envolvidas as seguintes instituições: MS, SES/RS, Secretaria Municipal de Saúde/Santa Maria (SMS/SM) e HUSM/UFSM, sendo que cada uma delas com responsabilidades definidas por termo de compromisso. A SMS/SM criou o Serviço Acolhe, com foco na atenção psicossocial e ações básicas de saúde, direcionado, especialmente, às vítimas indiretas e comunidade em geral.

⁴ Fonte: DURAND, C. A. Identificação de um Centro de Referência para o atendimento em situações sanitárias excepcionais: a experiência do CIAVA no desastre da Boate Kiss. Balanço, legados e perspectivas. Relatório de estágio apresentado ao CIAVA/HUSM – 2016 [material não publicado].

centro menor para seu superior e sem a possibilidade de caminhos alternativos, facilitando pontos de estrangulamento e restringindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Para o autor:

essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011, p. 84).

Após o acolhimento dos sobreviventes, observou-se o movimento de gestores e profissionais no sentido de redesenhar processos, de acordo com as necessidades das vítimas, em busca de resultados mais eficientes e efetivos. Assim, a definição dos fluxos de encaminhamento e dos critérios para agendamento estavam subordinados e centrados nos usuários e suas demandas.

Era muito presente em todos nós que todo atendimento seguisse os princípios do SUS. Dar essa possibilidade de todas essas pessoas acessarem, o acesso era livre mesmo, por demanda espontânea, de todas as formas a gente conseguiu propiciar essa universalidade com equidade, porque a gente via cada um, a sua diferença, cada um tinha uma necessidade diferente, a gente conseguia. A gente conseguia atender esses pacientes de formas bem pontuais, individuais e fazendo um plano de atendimento específico para aquele paciente, se pensava sempre nisso, isso sempre esteve muito presente. (P6)

Percebe-se, portanto, que a organização do serviço considerava efetivamente o princípio da garantia do acesso, com a preocupação de que as ofertas do serviço alcançassem a integralidade do cuidado, e também a autonomia das pessoas sendo cuidadas. É inegável que a existência de um serviço, com fluxo e processos específicos para o atendimento das vítimas do desastre gerassem tensões no serviço em decorrência do entendimento de que estes expressavam prioridades. De um lado esta prioridade era compreendida como equidade, pois muitos reconheciam que o sofrimento gerado e a situação das pessoas justificavam especificidades no atendimento prestado, de outro lado esta priorização era compreendida como um privilégio, no entanto, reconhecia-se que o cuidado que foi possível viabilizar para essas pessoas deveriam estender-se a todos os usuários o SUS.

Teve que se criar um fluxo especial, digamos assim, para poder atender o paciente de forma integral. Tinha sido feito um cadastramento via 4ª coordenadoria que abriu um chamado de várias formas. Os que não fizeram cadastro, foram chamados, fizeram aqui. Nenhum ficou sem atendimento, foi esse fluxo, era um fluxo bem organizado. Apesar de ser rápido, mas foi bem organizado. Na minha percepção, o paciente foi atendido de forma bem integral mesmo. Daí que a gente pensa assim, que pena que não é para toda a população. (P7)

Aqui no ambulatório, a gente conseguiu se organizar de uma maneira tranquila. O nosso atendimento aos sobreviventes da Kiss, sempre foi um atendimento um pouco diferenciado, até em tempo, de marcar um paciente por hora, por exemplo. Quando a gente não conseguia fazer uma psicoterapia, a gente fazia um apoio muito forte assim, de marcar os pacientes de 15 em 15 dias, até semanal, seja de meia em meia hora, uma hora, aí a gente tinha liberdade para isso. Então acho que isso foi muito bom, acho que a gente conseguiu dar um suporte, quando não a psicoterapia, mas um suporte para aquelas pessoas, que no auge da crise foi necessário. A organização que essa situação, então de exceção, a questão de que essas pessoas vão ser vistas como especiais, como pacientes especiais, então, eles não estão, não são iguais aos outros pacientes, nesse sentido de acesso, de ter certas regalias, na verdade todos os pacientes deveriam ter. (P8)

Percebeu-se a flexibilidade para a organização dos processos de trabalho do CIAVA, de forma que se respondessem às necessidades dos usuários, por meio do vínculo e da responsabilização, o que foi reconhecidamente um dispositivo de garantia do acesso e da integralidade. Produzir as agendas de atendimento, propor alternativas de cuidado, monitorar a continuidade, de acordo com as possibilidades de cada usuário foram fundamentais para reconhecer o serviço como capaz de garantir a integralidade do cuidado. No entanto, esta flexibilidade não significou ausência de rotinas e processos organizados, sejam na atenção ou gestão, mas sim que estes processos estariam centrados nos usuários e nas suas necessidades e deveriam e poderiam ser alterados, quando não respondessem às demandas de cuidado.

O CIAVA está no hospital [...] Então, nesse aspecto eu acho que houve um grande cuidado, no sentido de seguir todas as diretrizes e, por isso, muitas vezes, teve alguns embates assim, dos pacientes quererem esse tratamento especial, digamos assim. As pessoas queriam todo um atendimento preferencial, mas eu acho que houve todo um cuidado nesse sentido, de sim, vamos seguir os princípios, as diretrizes, vamos ver quem mais precisa, como organizar, por meio dos protocolos. (G8)

A definição de diretrizes do funcionamento do Centro, a criação de protocolos e regras claras para o processo de trabalho sistematizando informações científicas, bem como os sistemas de informação do cuidado contribuíram para dirimir as tensões existentes e organizar o serviço e a produção do cuidado.

4.1.7 Produção da informação e comunicação científica e clínica

Para a equipe, após conhecer as necessidades das vítimas, ficou evidente a necessidade de construção dos protocolos clínicos específicos para o atendimento aos sobreviventes. Estes protocolos foram os dispositivos para produzir educação permanente, ou seja, aprendizado de como cuidar das pessoas. As necessidades decorrentes de um desastre, como o ocorrido, não

faziam parte do conhecimento prévio dos trabalhadores em saúde. A construção dos protocolos demandou e oportunizou estudos específicos para as situações que se apresentavam, e também permitiu a sistematização desse conhecimento, ou seja, da informação científica e clínica. Desta forma, os protocolos também foram úteis para a comunicação da equipe, transparência dos processos, segurança na ação de cuidado, efetivação de ajustes dos fazeres no cotidiano, relação com os demais setores, serviços e níveis de atenção à saúde. Enfim, foram efetivamente dispositivos de educação permanente.

Foi feito um documento unificado e esse documento que saiu foi nosso protocolo de atendimento. (G2)

Os protocolos eram construídos todos sempre em conjunto, HUSM, o pessoal da secretaria estadual, o pessoal da coordenadoria, o pessoal do município, algumas vezes, quando era muito específico,, só os profissionais, por exemplo pneumologia, bom isso tem que ser com os pneumologistas, mas em algum momento entrava o pessoal do CIAVA, entrava o pessoal da farmácia. (G8)

Produzir um protocolo pressupõe um trabalho interdisciplinar em que as várias competências dos núcleos profissionais vão estabelecer, a partir das evidências científicas, das evidências clínicas, especialmente das evidências clínicas identificadas a partir do trabalho realizado com as vítimas da boate Kiss, algo que possa ser perene, que possa contribuir no país inteiro. (G9)

Nós criamos um protocolo de acompanhamento da enfermagem. (P6)

Desde o início participei na construção dos protocolos. [...] Tanto que no nosso livro, a gente ratifica isso [princípios do SUS] assim, o livro com muitas mãos, com os protocolos de todo mundo, que tudo é muito pensado. (P11)

Observou-se, não muito tempo depois, que a elaboração e a disponibilização dos protocolos do CIAVA serviram de orientação e modelo para outros serviços, uma vez que as alternativas de cuidado construídas para aquela demanda foram úteis para resolver problemas em outras situações similares, conforme demonstrado na situação de Janaúba (Anexo B) e Portugal (Anexo C). A estruturação do fluxo de atendimento iniciando-se pelo acolhimento breve do serviço social, com o encaminhamento (agendamento) inicial ao clínico geral e só depois para o especialista, que foi utilizado como mecanismo de recepção dos usuários, com o objetivo de agilizar e garantir acesso serviu de exemplo para outros casos.

Também foi relevante para a garantia da continuidade e resolutividade do cuidado a produção e a sistematização das informações clínicas. Para contar com o banco de dados, considerou-se como mais adequada a utilização do prontuário único individualizado, em que foram registradas sequencialmente as atividades realizadas pelo paciente no cuidado do CIAVA (VECINA NETO; MALIK, 2012).

Em relação ao prontuário do paciente cabe enfatizar que este deve ser único na assistência à saúde. Mas nem sempre foi possível que houvesse essas informações sistematizadas, em especial, para atendimentos ambulatoriais. No HUSM, apenas em 2014, passou-se a contar com o prontuário no modo eletrônico, facilitando o acesso das informações clínicas entre os profissionais de todos os setores hospital. No entanto, o CIAVA, desde a sua concepção implantou o prontuário único individualizado, que também foi qualificado, quando do processo da informatização.

Para facilitar a comunicação entre os demais pontos de atenção da rede, também foi criado um banco de dados único, com acesso limitado aos profissionais que atuavam no Acolhe/Atenção Básica (AB) municipal, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)/estadual e HUSM/federal. Neste banco de dados constam informações sociodemográficas das vítimas, o que facilitou, sobremaneira, o trabalho de busca ativa para monitorar, em longo prazo, a situação de saúde destes usuários, e também com anotações para acesso rápido, a fim de responder às necessidades de saúde dos sobreviventes cadastrados.

É possível concluir que não apenas para a governança do hospital ou para gestores do sistema, mas também para os profissionais da equipe, o gerenciamento da demanda, o controle e coordenação do acesso e dos encaminhamentos das vítimas, os registros e a produção de informações científicas e clínicas qualificadas, assim como a comunicação entre os profissionais, com os demais serviços, entre eles, a atenção primária e demais instâncias do SUS configuraram-se em metas basilares do CIAVA e foram fundamentais para construir uma ação que respondessem e garantissem integralmente as demandas que se apresentavam.

4.1.8 Reuniões, discussões de caso e colegiados: o desafio de produzir saúde em rede e com participação

A revisão permanente do processo de trabalho e os espaços de discussão construídos para compartilhar dúvidas, apreensões, saberes e que em muitas ocasiões era apenas um lugar onde alguém se dirigia para buscar outro alguém, disposto a ficar junto para trocas silenciosas, pode ter favorecido a consolidação de uma equipe solidária. É possível que a convivência sem reservas, em que todos estão para a unidade como a unidade está para o todo, tenha garantido a robustez e a envergadura necessárias para superar as dificuldades facilmente constatáveis numa rede de saúde frágil.

Constatou-se ainda, na etapa inicial das atividades do serviço, que a bem-sucedida alternativa dos mutirões parece ter dado à equipe a segurança necessária para ultrapassar

obstáculos que se interpunham a cada intercorrência, fosse devido à reinternação de alguma vítima, ou devido a óbitos tardios, após meses de UTI, ou pela falta de medicação para a continuidade dos tratamentos.

A regra tacitamente assumida pela equipe foi de sempre achar saída, uma vez que havia experimentado a construção e a implementação de alternativa para garantir o atendimento de todos, por meio do mutirão, mesmo quando este parecia praticamente impossível. Dessa forma, apostava-se no aprimoramento permanente dos processos de trabalho, ombro a ombro, revezando-se na coordenação da assistência direta às vítimas. Esse processo de acolhimento também redundou em relação de confiança entre a equipe e os usuários, sejam as vítimas ou familiares, ou seja, produziu vínculos e responsabilizações.

Para Mendes (2012), o processo de desenvolvimento da gestão de caso define-se pela escolha do caso, identificação do problema, elaboração e adoção do plano de cuidado e a avaliação do plano de cuidado do caso escolhido. Os benefícios advindos do processo que envolveu a gestão de caso relacionaram-se, especialmente, à antecipação de medidas, no sentido de evitar situações de urgência, prevenindo infortúnios e alcançando soluções, na medida em que os problemas eram identificados.

O processo de gestão da criação e de manutenção do CIAVA configurou-se como um caso em que a equipe, coletivamente, identificava problemas e propunha soluções, a partir das situações vivenciadas no cotidiano de atenção às vítimas, tanto no plano da organização do serviço quanto no cuidado individual.

Segundo Merhy (2014, p. 118), o conjunto de atos produzem um certo formato do cuidar, que vão desde as ações coletivas, de gestão, abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde “[...] que conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção de atos cuidadores, e conformam os modelos de atenção à saúde”.

É possível certificar nas falas, as reflexões dos pensadores ainda há pouco descritas:

A gente fez algumas atividades, seminários, reuniu todos os envolvidos, a gente foi aprendendo fazendo. Foi pesquisando, estudando, foi agregando conhecimento para saber que: o acidente ou o que decorre do acidente, o processo de adoecimento, não para ali, mas tem uma sequência e a gente vai ter que acompanhar essas pessoas por muitos anos. (G5)

Tínhamos as reuniões de equipe, discussão de caso, discussão do “como fazer”. [...] Um dos psiquiatras na época, bem no início, quando a gente estava nesses nossos horários de final de tarde, tentou nos abordar por iniciativa dele, a própria equipe. Como vocês estão? A gente está aqui atendendo todo mundo, escutando, que a gente escutava cada história, todo dia. E eu vi que foi uma iniciativa dele, perguntar sobre aquilo, como a gente estava, um exemplo de que talvez a gente também tenha que fazer uma abordagem de grupo para a gente aqui, para ver como as pessoas estão. (P11)

Percebeu-se que havia no CIAVA a construção de uma equipe cuidadora do outro e de si, fortalecendo laços e apoios para o cuidado significativo e que resultaram na produção de equipes implicadas com os processos de trabalho, com a organização do serviço, com o acesso ao cuidado resolutivo e que efetivamente aprendia, a partir do trabalho e em processos de educação permanente.

Evidenciou-se nas falas dos sujeitos a preocupação com a construção da rede de atenção que garantisse a continuidade do atendimento, especialmente, pela constatação da necessidade de acompanhamento, por parte de um número expressivo de vítimas, com retorno periódico para monitoramento, e outras, ainda, por estarem em atendimento regular devido a sequelas.

A gente também está fazendo a busca ativa, têm vários sobreviventes que há dois anos abandonaram o tratamento. Quando a gente se deu conta que isso estava aumentando, a gente fez uma reunião de todos os serviços, tanto nós como o município e a gente se dividiu para busca ativa. (P5)

A gente iria fazer um acompanhamento por cinco anos para essas pessoas e sempre houve um empenho no sentido de fazer todo o possível. (P8)

Diante disso, tratou-se de reconhecer como agenda da organização, da gestão e da atenção, a integralidade, a longitudinalidade, o vínculo e a responsabilização pelos usuários, tanto nas práticas cotidianas do serviço quanto por meio de dispositivos que garantissem a busca ativa das pessoas. Os trabalhadores sentiram-se partícipes para construir soluções, além dos muros do serviço, superando uma lógica restrita a realizações de procedimentos e à fragmentação do cuidado, demonstrando efetivamente implicação com os usuários.

Cabe destacar que esta implicação também foi resultado da participação dos usuários apresentando-se como um diferencial na criação e implementação do CIAVA.

Tinha um caminho que foi trilhado, de respeitar as diretrizes do Sistema Único de Saúde. E, inclusive, de participação social, que tinha uma discussão com os usuários e as suas famílias, com respeito a seminários, inclusive, de avaliação, em que vinham os usuários, a gente via principalmente os familiares das vítimas. Não só os princípios que são ligados ao cuidado, mas também à gestão deste processo todo, como a participação social, foram respeitados. (G10)

O fato de que as vítimas e seus familiares participavam do Grupo Gestor das Vítimas da Kiss, com legitimidade social para apresentar demandas, com garantia de visibilidade pública e capacidade de sensibilização dos atores, facilitou que a iniciativa de organização CIAVA

estivesse aberta à proposição da participação social, desde o princípio e, portanto, a influência das necessidades e demandas dos usuários eram expressas por eles mesmos.

4.1.9 Estruturação em longo prazo – e o futuro?

A constatação da necessidade de manutenção do acompanhamento das pessoas que foram vítimas do desastre e que permaneceram com sequelas, demandaria cuidado a longo prazo, não foi suficiente para garantir que o termo de compromisso firmado em 2013, entre MS, SES e Município de Santa Maria fosse prorrogado. A continuidade deste termo seria a formalização da responsabilidade dos entes públicos pela situação de saúde das vítimas.

Mesmo com “a recomendação de renovação do termo de compromisso firmado em 2013”, aprovado, por unanimidade, e aclamado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde⁵, até janeiro de 2018, não havia confirmação da renovação do mesmo.

A continuidade da atenção à saúde prestada às vítimas tem sido garantida no CIAVA, uma vez que este centro foi incorporado como serviço efetivo do HUSM.

[...] a gente participou da concepção, então, a gente tem como se fosse um filho, que a gente quer o bem, que a gente quer acolher e quer que ele cresça de uma maneira saudável. Gostaria que esse seguimento que está sendo feito, que ele continue sendo feito. Gostaria de destacar é a questão da escuta, do acolhimento, que eu aprendi muito, porque a partir disso o vínculo é criado e a tendência do paciente ser aderente ao tratamento. (P2)

O centro seria criado em função do acidente da Kiss, mas depois ele passou a atender pacientes queimados que precisavam de reabilitação. Hoje, o CIAVA é centrado nos pacientes queimados, tanto da Kiss quanto os novos pacientes queimados que dão alta, que são encaminhados. (P6)

A manutenção do CIAVA, como serviço permanente do HUSM, estava prevista no projeto de estruturação, desde a sua criação:

Considerando o HUSM como importante unidade hospitalar de referência para o atendimento de toda a natureza de trauma na região central do RS, a proposta é de que, passado o período emergencial de atendimento às vítimas do incêndio com inalação tóxica, o CIAVA se consolide como um centro permanente de atenção, pesquisa e capacitação, gerando conhecimento e treinando profissionais para auxiliar em outros acidentes que já ocorrem ou venham a ocorrer, especialmente eventos de massa⁶.

⁵ Fonte: Recomendação nº 048, de 6 de outubro de 2017 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco048.pdf>.

⁶ Fonte: Plano de Estruturação Emergencial do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas do Incêndio em Santa Maria – CIAVA. Projeto Institucional do HUSM, 18 de fevereiro de 2013.

No entanto, o futuro do cuidado das pessoas, numa rede de atenção articulada, como tem sido, até o momento, pode sofrer descontinuidade, uma vez que era o termo de compromisso que formalizava a relação interinstitucional.

Um dos destaques no projeto de estruturação do CIAVA diz respeito ao compromisso da equipe com a geração de tecnologias para o SUS. O projeto previa “[...] reunir um conjunto de informações e dados, com a finalidade de fomentar pesquisas na área e produzir conhecimento para o SUS e promover a capacitação de profissionais”⁶.

Vários autores defendem a relevância da formação dos trabalhadores de saúde para a intervenção adequada em situação de desastre. (RICHARDS; NOVAK; DAVIS, 2009; MACFARLANE; JOFFE; NAIDOO, 2006; SUPE; SATOSKAR, 2008). Esses autores destacaram a importância da união de forças entre a comunidade, os profissionais e os estudantes, para que em conjunto produzam novas e diferentes visões e ações que se configurem em facilitar as atividades de resolução dos problemas decorrentes de desastre, da restauração das condições de existência das pessoas e comunidades. Relataram, também, que a gestão das situações de desastres em massa deve ser debatida em todos os níveis acadêmicos e que ações preventivas de treinamento devem ser efetivadas nas instituições formadoras.

O CIAVA, como serviço institucionalizado no HUSM, expressou o compromisso com o futuro, tanto na continuidade do cuidado às pessoas quanto na produção de conhecimento e de formação sobre a atenção às vítimas em situação de desastre e outros acidentes, visto que já foram produzidos vários estudos e publicações sobre esta temática e o Centro constitui-se num espaço de formação de profissionais (Anexo F).

O quadro, a seguir, apresenta a totalização dos atendimentos prestados às vítimas, pelos profissionais do CIAVA, por ano de atividade.

Quadro 9 – Número de atendimento prestados às vítimas, pelos profissionais do CIAVA, por ano de atividade

ANO	ATENDIMENTOS
2013	7.503
2014	3.695
2015	3.411
2016	1.290
TOTAL	15.889

4.1.10 Os princípios do SUS como sustentação da construção e expressão do resultado do CIAVA

Percebeu-se na descrição e na análise, até aqui empreendida, que os princípios do SUS orientaram a construção do serviço e direcionaram as ações desenvolvidas. Ainda, na fase de discussões para estruturação do Centro, havia a preocupação de que sua estruturação fosse abrigada sobre o telheiro dos princípios e diretrizes do SUS.

Ao propor estratégias para a estruturação do atendimento, chamava-se a atenção da importância de que estivessem articuladas para além da oferta de procedimentos, que se encaixassem nos princípios do SUS. O resultado do trabalho do Centro é reconhecido pelos entrevistados como um exemplo da viabilidade do SUS, e também da execução dos seus princípios em plenitude. Como pôde ser observado nas falas dos entrevistados.

O CIAVA foi criado, a sua concepção foi criada dentro dos princípios e diretrizes do SUS. (P2)

Era muito presente em todos nós que todo atendimento seguisse os princípios do SUS. (P6)

Cada instância ficou responsável dentro da sua ótica de responsabilidade para o melhor atendimento a essas vítimas, tudo dentro da concepção do SUS. (P2)

[...] a possibilidade de a gente formar pessoas, gerar conhecimento e que agregasse para a rede SUS [...]. (G10)

Foi realmente o SUS que aconteceu aqui [...] a plenitude do SUS, acho que aconteceu no CIAVA. A concretização do SUS, eu visualizei o SUS, da forma bem como é o bom, pena que nós não temos para tudo isso o SUS. (P4)

“O CIAVA foi a plenitude do SUS”, expressão utilizada por um entrevistado, buscando sintetizar o que o Centro representou no contexto de saúde local, e não apenas no processo de atendimento às vítimas da Kiss. É uma declaração de reconhecimento às conquistas cotidianas que permitiram avanços na implantação e consolidação do SUS. A capacidade de perceber a relação entre os pontos de atenção da rede, os fluxos, o significado do vínculo, o papel da equipe na construção de um processo assistencial que fortalecesse a autonomia do sujeito, que o tornasse capaz de vê-lo por inteiro e tudo isso discutido, acompanhado, coordenado pelo controle social, tem, sim, feições de perfeição.

Este serviço foi, para os gestores e trabalhadores, reconhecidamente uma construção orientada com resultado efetivo na implementação dos princípios do SUS.

A análise das dificuldades e facilidades contribui para compreender essa especificidade e aproximar das possíveis explicações dos contextos e causas que tornaram possível o SUS no cotidiano do CIAVA.

4.2 DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO DOS SOBREVIVENTES DO DESASTRE

Discutir as dificuldades e facilidades identificadas por trabalhadores e gestores em relação ao processo de organização do Centro e do seguimento assistencial dispensado às vítimas conferiu à pesquisadora a possibilidade de escuta dos entrevistados desvinculando-os do papel que ocuparam ou ocupam no cenário do CIAVA.

É o pensamento da pesquisadora, retratar, não apenas a caminhada de um serviço, da gestação, passando pelo nascimento, até a sua efetiva consolidação, mas também os sentimentos, angústias, conquistas, frustrações, enfim, a sensibilidade que move e comove pessoas nos seus espaços de trabalho. A melhoria contínua percebida e assumida pela maioria faz parte da luta permanente daqueles que acreditam e se esforçam todos os dias.

A noção de que deveriam compartilhar a responsabilidade pela gestão, no contexto do desastre, pareceu incorporada por todos que se encontravam envolvidos com a situação, desde seu início, independente da atividade que exerciam ou do vínculo institucional que tinham.

A contingência de viver experiências fora do padrão, devido a circunstâncias não previstas, como foi o caso do desastre da Kiss, não deixou muita escolha aos profissionais e menos ainda às autoridades, afinal, estes eram os gestores do momento e cabia-lhes a responsabilidade de gerenciar a situação. Quanto aos outros, muito antes do dia 27, haviam escolhido para suas vidas ser profissional de saúde, portanto, também tinham compromisso com a gestão do caos que se instalara. São estes atores, profissionais e gestores da área da saúde, que expressaram suas opiniões acerca das dificuldades e facilidades enfrentadas para a organização de um serviço e da produção da continuidade do cuidado dos sobreviventes, cuja síntese é apresentada a seguir.

Acredita-se que, ao expressar, tanto as condições limitantes quanto os fatores que potencializaram a construção de um serviço, que é reconhecido pelos sujeitos como a expressão na prática dos princípios do SUS, encontremos pistas sobre as circunstâncias que, efetivamente, tornam possíveis a produção de mudanças no cotidiano do trabalho em saúde em direção da universalidade, da integralidade e da participação.

4.2.1 Das dificuldades – quais pedras houveram no caminho?

As dificuldades apontadas pelos entrevistados, durante o processo de organização do atendimento e do seguimento das vítimas do desastre da Kiss podem ser consideradas como intercorrências previsíveis em situações de emergência. Entretanto, a análise pretendida buscou demonstrar a necessidade de um olhar atento a todos os detalhes percebidos. Entende-se que outros desenhos e abordagens, com potencial de reduzir obstáculos aos processos de gestão e atenção, são possíveis, na medida que o exame de situações, circunstâncias e o próprio evento possam ser melhor dissecados.

A seguir, são apresentadas as categorias temáticas que emergiram das falas dos entrevistados referentes às dificuldades, por meio de cinco quadros, com as categorias centrais mais frequentes, explicitando os trechos das falas dos entrevistados, uma breve síntese das manifestações e a unidade de significado correspondente à análise da pesquisadora.

O Quadro 10 apresenta os resultados quanto à categoria temática que explicita os fluxos de atendimento centrado nos serviços como limitador do processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA.

Quadro 10 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese e unidade de significação que foram categorizados como fluxos de atendimento centrado no serviço

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G4	<i>Tivemos algumas dificuldades em termos de acesso do serviço, dos usuários. Como em relação à marcação de consultas, a pessoa consultava no CIAVA e morava numa outra cidade, por exemplo, num primeiro momento para remarcar uma consulta, ela precisava vir no serviço.</i>	Dificuldade inicial do acesso para agendamento.	Regras institucionais de agendamento

Quadro 10 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese e unidade de significação que foram categorizados como fluxos de atendimento centrado no serviço

			(conclusão)
Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P6	<i>A distância geográfica. Nós montamos uma estrutura dentro de um serviço previamente já estruturado que geograficamente não... na verdade, não existe um centro localizado num único setor, são vários setores que formam esse centro. Do ponto de vista geográfico, por exemplo, a fisioterapia, as pessoas, quando a gente queria obter uma informação, a gente tinha que se deslocar desse setor e ir para outro setor, da pneumologia. Tem que fazer ligações, encontros, não encontrava às vezes os profissionais naquele momento para tirar alguma dúvida ou obter alguma informação. Então esse é, num certo aspecto, um dificultador.</i>	Dificuldade inicial do acesso para o agendamento e para o encontro das equipes que cuidam das mesmas pessoas.	Regras institucionais de agendamento
G6	<i>O acesso universal acaba também não funcionando, porque as pessoas que não estavam envolvidas no acidente não tinham a mesma facilidade de entrar no serviço, como aqueles que estavam envolvidos.</i>	Dúvidas com relação ao acesso centrado no usuário.	

As normas padronizadas pela instituição, com fluxos de atendimento centrados nos serviços e o conflito gerado com a proposição da centralidade das ações no usuário geraram dúvidas em relação ao acesso. Além disso, percebeu-se o estranhamento com a organização distanciada dos profissionais expressa no incômodo com a organização por especialidades e o desejo da proximidade dos fluxos, agendas e equipes, dos usuários e suas necessidades.

O Quadro 11 apresenta os resultados quanto à categoria temática que explicita insuficiências e afastamento das demais instâncias do sistema e dos outros serviços, como dificuldade para o processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA, bem como para os processos de cuidado.

Quadro 11 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências e afastamento das demais instâncias do sistema de saúde e dos serviços da rede

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G4	<i>O afastamento do Ministério da Saúde, que num primeiro momento estava muito presente, entrou a questão dos recursos financeiros até para o próprio CIAVA, mas depois teve um afastamento de não se dar outro suporte para o CIAVA em termos de tecnologias.</i>	Afastamento do MS	Afastamento e entraves políticos, financeiros e de comunicação
G6	<i>A dificuldade maior que eu veria dentro disso, é realmente o momento em que os recursos começaram a ser interrompidos, começaram a diminuir, diminuir... aos pouquinhos foi secando, secando... até que chegou a um momento onde não se tinha mais de onde tirar.</i>	Afastamento do MS	
G7	<i>Houve uma exigência do Ministério da Saúde, para que fossemos a referência, mas o hospital teve que se virar sozinho, dentro da sua estrutura. Então ele [HUSM] teve que se organizar para atender essa exigência e muitas outras coisas.</i>	Afastamento do MS	
P4	<i>Um ponto frágil também, que eu não concordei, que o dia da Força Nacional do SUS deveria ter sido no hospital universitário sim e não no hospital privado... Se a Força Nacional é do SUS, por que o SUS não estava aqui dentro? Por que a Força Nacional não estava aqui?</i>	Afastamento do MS	
G6	<i>[...]Eu acho que se investiu muito no início, mas não se pensou muito, a longo prazo, e não se pensou que, provavelmente, Santa Maria, o HUSM, o CIAVA, iriam seguir precisando de apoio do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual.</i>	Afastamento do MS	
P2	<i>Em função dos entraves políticos e das dificuldades de comunicação entre as esferas municipal, estadual e federal, [...] questão da medicação.</i>	Entraves políticos e de comunicação	
P2	<i>Uma das dificuldades que eu julgo, são as questões políticas. Uma esfera dizendo que a responsabilidade era de outra e vice-versa, por exemplo, o município dizendo que era responsabilidade do estado e o estado dizendo que era responsabilidade do município.</i>	Entraves políticos e de comunicação	
P2	<i>Há entraves no que diz respeito à dificuldade de comunicação entre os entes, entre as esferas, entre a secretaria de saúde do município, secretaria de saúde do estado e Ministério da Saúde.</i>	Entraves políticos e de comunicação	

Quadro 11 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências e afastamento das demais instâncias do sistema de saúde e dos serviços da rede

(conclusão)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P6	<i>Quanto ao transporte, o horário de saída era um horror, às quatro da manhã, eles tinham que se organizar um dia antes, tudo às quatro da manhã saindo, era frio, muitos tinham lesões ainda, iam numa van, nem era tão confortável, lutavam pelo deslocamento.</i>	Logística inadequada	Desarticulação entre serviços
P10	<i>Eu tive um pouquinho de dificuldade no encaminhamento para áreas mais específicas, por exemplo, a psiquiatria, eles abriam, foram bem solícitos, a gente encaminhava, só que daqui a pouco encheu e tinha a questão da contratação de profissional. No início, eram os profissionais que já existiam e que tinham uma demanda dentro do hospital, chegou um momento que era muita gente, muitos pacientes e a gente teve essa dificuldade, um pouco do encaminhamento aqui. Até que se organizou também a estrutura municipal, estadual, da rede municipal, estadual para o atendimento psicossocial.</i>	Subdimensionamento inicial da demanda	
G7	<i>[...] o grande problema era transportar esses pacientes [...] A questão da medicação, do transporte, tudo que envolvia esse atendimento.</i>	Falta de suporte logístico	
G4	<i>A própria organização do SUS, a organização da atenção básica, onde poderíamos ter a maioria dos pacientes vinculados à atenção básica e o CIAVA, sendo uma retaguarda para a própria equipe.</i>	Insuficiência da AB	Insuficiência da rede de atenção básica
G4	<i>Não tem uma rede de atenção organizada.</i>	Insuficiência da AB	

Uma evidência marcante percebida, tanto por gestores quanto por profissionais, diz respeito ao papel dos gestores e das diferentes instâncias do sistema de saúde no processo de organização e efetivação do CIAVA. A desarticulação entre os entes federados da gestão do SUS e, mesmo entre os serviços, revelaram impedimentos burocráticos e legais que retardaram a resposta às situações vitais, como a liberação de recursos para o provimento de insumos e contratações de profissionais para a efetivação do Centro, de modo seguro e livre de instabilidades (Anexo D).

A ausência de plano de contingenciamento no SUS para enfrentamento de desastres, ultrapassou a barreira da expectativa e passou a configurar-se numa necessidade. Observou-se

como limitador, o cenário de insuficiência da atenção básica, a falta de suporte logístico, ou mesmo sua gestão inadequada, com o agravante da baixa adesão dos signatários ao termo de compromisso e às ações nele estabelecidas. Podem-se assegurar as fragilidades do sistema local, tornando a conjuntura ainda mais complexa e instável, agravadas com o passar do tempo, pelo esvaziamento do apoio do nível estadual e federal.

O esforço empreendido pelo HUSM para habilitar-se como centro de referência em reabilitação, valendo-se do CIAVA como argumento potente de resposta às vítimas da Kiss e garantir, assim, segurança e perenidade ao seguimento assistencial, não foi suficiente para sensibilizar gestores, especialmente, do nível estadual⁷. O malogrado pleito frustrou a todos e o risco de o serviço ser absorvido pelo padrão estruturado do atendimento ambulatorial do hospital tornou-se real.

O Quadro 12 apresenta os resultados quanto à categoria temática e a insuficiência de recursos, como adversidade no processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA.

Quadro 12 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências de recursos

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P8	<i>Outra coisa é a questão da sede, se criou um serviço que trabalha com várias especialidades, mas cada um em seu local de trabalho, exceto no acolhimento que a gente fazia, principalmente em 2013, que juntava o pessoal... o serviço acabava sendo meio eventual, essas pontes mais virtuais, do que ter um local, é óbvio, eu acho que essa é uma grande dificuldade. Naquele momento dava para funcionar assim, quando tiverem a possibilidade de um espaço físico, vai ser muito bom.</i>	Falta de estrutura física	Estrutura física inadequada
P8	<i>A estrutura foi e continua sendo uma grande dificuldade.</i>	Falta de estrutura física	
P8	<i>Uma dificuldade nossa, a questão sala que não era o ideal para atendimento psiquiátrico, mas deu para fazer, a gente fez... no horário que foi estipulado numa hora mais tranquila no ambulatório também. A adequação do espaço não era ideal, mas era possível e deu para fazer.</i>	Falta de estrutura física	

⁷ Com o término do Termo de Compromisso celebrado com o MS e que possibilitou a sustentabilidade do CIAVA, no ano de 2013, a gestão do HUSM pleiteou o credenciamento como serviço de reabilitação, conforme previsto em Portaria nº 492, de 30 de abril de 2013.

Quadro 12 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências de recursos

(continuação)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P10	<i>Dificuldade lá foi talvez organizar, no momento de organizar o fluxo. Até uma das dificuldades era a questão assim, vamos atender todo mundo no mesmo local ou acabar dividindo, então algumas áreas ficaram para ser encaminhadas, como a gente não tinha aquela coisa de um espaço físico e um horário que pudesse organizar para todo mundo participar no mesmo horário.</i>	Falta de estrutura física	Estrutura física inadequada
G3	<i>A questão do financiamento.</i>	Financiamento insuficiente	Insuficiência de financiamento
G8	<i>A dificuldade dos recursos.</i>	Financiamento insuficiente	
G9	<i>As dificuldades são de todas as ordens. Nós temos sempre dificuldades de ordem econômica, de ordem estrutural. Então, penso que as dificuldades de ordem política se resolveram, ou parcialmente se resolveram, por ocasião da definição do CIAVA, mas a questão é, talvez, a manutenção econômica desse centro.</i>	Financiamento insuficiente	
P2	<i>Dificuldades financeiras.</i>	Financiamento insuficiente	
P3	<i>A maior dificuldade era quando a gente precisava de alguma coisa relacionada fora do [hospital] universitário, por exemplo, a medicação deles. Foi bem difícil essa transição de governo, eu acho que faltou, o que falta ainda, bastante, é esse comprometimento, tanto do estado quanto da prefeitura. A prefeitura se comprometeu com o transporte de certos pacientes que não poderiam vir com o transporte coletivo e, às vezes, não tinha transporte, não tinha motorista, então isso também dificultava, às vezes... principalmente no começo, os queimados que vinham com tudo aberto.</i>	Falta de apoio logístico e financiamento	
P4	<i>O Ministério falou que eles dariam tudo e no tudo, entrou, inclusive, o medicamento: não, mas me disseram que iriam me dar, vocês têm que dar, é a obrigação, a obrigação é de vocês.</i>	Financiamento insuficiente	
G3	<i>O hospital universitário não dispunha de insumos necessários.</i>	Financiamento insuficiente	
G9	<i>Mas as questões dos medicamentos e das coberturas foram as questões mais nervosas que se teve das denúncias, das confusões que tiveram e, assim, nesta linha, que afetam a questão da integralidade da atenção.</i>	Financiamento insuficiente	

Quadro 12 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências de recursos

(continuação)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G2	<i>Profissionais que nós não tínhamos em número suficiente: psiquiatra, eu posso citar, conseguimos um convênio com o Ministério da Saúde, que alocou a contratação de psiquiatras, fisioterapeutas, que nós não tínhamos um quadro suficiente para o atendimento.</i>	Falta de força de trabalho	Insuficiência de força de trabalho
G2	<i>Contratos precarizados, emergenciais.</i>	Falta de força de trabalho	
G3	<i>O quadro de pessoal do hospital universitário, que a gente sabe que historicamente não é suficiente para atender às demandas do hospital.</i>	Falta de força de trabalho	
G8	<i>Falta de pessoal.</i>	Falta de força de trabalho	
G6	<i>[...] o número de profissionais atuando [...] é a própria equipe que tem que resolver e a equipe tem já a sua demanda interna.</i>	Falta de força de trabalho	
G1	<i>A questão de medicamentos.</i>	Falta de medicamentos	Insuficiência de insumos
G4	<i>Dificuldade a nível de estado que a gente tem, é em relação à parte, principalmente, dos medicamentos, precisa ter novos protocolos de medicamentos, então esse é o grande entrave que tem para a assistência.</i>	Protocolos de medicamento	
G5	<i>A assistência farmacêutica, questão do medicamento, a gente sabe, e a própria associação dos familiares foi buscar farmácia privada para poder garantir o medicamento para muitas dessas pessoas que precisam tomar medicamento.</i>	Falta de medicamentos	
G8	<i>Muitas vezes não se conseguia alcançar para os profissionais da nossa parte, do estado, as medicações.</i>	Falta de medicamentos	
P4	<i>Aqueles sobreviventes começaram a vir no e começaram também demandas de medicamentos que eles precisavam usar em casa. Chegavam na farmácia para saber se tinha o medicamento e não tinha. Aí, nós começamos com vários debates, várias discussões junto com a coordenadoria a nível estadual, junto com a SES-RS diretamente, com o pessoal da 4ª [Coordenadoria Regional de Saúde] e o município de Santa Maria, para vermos uma forma de conseguir o medicamento, o acesso ao medicamento a esses pacientes da Kiss e uma forma mais ágil. Porque o processo administrativo do medicamento demorava no mínimo uns 40, 60 dias para vir.</i>	Falta de medicamentos	

Quadro 12 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências de recursos

(continuação)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P4	<i>As fragilidades, talvez, tenham sido no sentido das próprias regras que foram impostas, na questão do medicamento, não poderia em tal situação.</i>	Falta de medicamentos	Insuficiência de insumos
P4	<i>A gente sempre tem que evitar a judicialização, mas a gente não tem meios de chegar de uma forma coerente e o paciente necessita.</i>	Falta de medicamentos	
P4	<i>Alguns protocolos mais ou menos específicos, isso eu acho que deveria existir com tudo que a gente passou, acho que deveria ser criado, o Ministério acho que deveria ter essa sensibilidade de, no momento que tu dizes algo, tu tens que cumprir o que tu dizes, ou dar condições para que as instâncias possam cumpri-las.</i>	Protocolos de medicamento	
P4	<i>Tinha sido definido que todos os medicamentos que competiam para os pacientes da Kiss, devíamos encaminhar os pacientes lá para a 4ª [Coordenadoria Regional de Saúde], que iriam ver a questão, tentar já ir com o processo feito do que tinha na 4ª [Coordenadoria Regional de Saúde], pois não tinha teria que ser judicial.</i>	Falta de medicamentos	
P6	<i>No tratamento das lesões também não tínhamos todos os materiais necessários, que achávamos que deveríamos ter para aquelas determinadas situações e, no decorrer do tempo, isso também foi acontecendo. Inicialmente a gente tratava as lesões, as lesões de pele, depois precisávamos de outros materiais, era necessária a malha compressiva, não dispúnhamos disso no município, os pacientes tinham que se deslocar a Porto Alegre, então a assistência social foi fundamental. Isso foi o que mais nos causou problemas, já numa fase mais avançada, que foi a questão das malhas de compressão. Primeiro que eles [pacientes] tinham que se deslocar até Porto Alegre. Existia um profissional que fazia a medição dessas malhas, as malhas, às vezes, demoravam para vir, às vezes, quando chegava o paciente ou tinha engordado ou tinha emagrecido e já não servia mais, ou às vezes vinha errada, o paciente tinha queimadura no braço direito e vinha para o braço esquerdo, ou precisava retornar em seguida e não conseguia o deslocamento.</i>	Falta de medicamentos e de materiais	

Quadro 12 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram as insuficiências de recursos

(conclusão)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P8	<i>Uma dificuldade em relação à obtenção da medicação. Isso é uma luta, uma luta muito frustrante por sinal, da nossa parte foi tentar conscientizar os próprios entes públicos da necessidade de ampliar o leque, de ofertar medicações pelo estado.</i>	Falta de medicamentos e de materiais	Insuficiência de insumos
P8	<i>E falta medicação.</i>	Falta de medicamentos	
G1	<i>Não temos uma área física específica para atender esses sobreviventes.</i>	Falta de estrutura física	Insuficiência de recursos físicos
G2	<i>Tivemos, como dificuldade, alguns equipamentos que foram supridos.</i>	Falta de equipamentos	
G8	<i>Dificuldades até de espaço físico.</i>	Falta de estrutura física	

A insuficiência de recursos destaca-se como a maior dificuldade percebida para estruturação do CIAVA e a efetivação do seguimento ambulatorial às vítimas. No entanto, a escassez apontada não deixou escolha, e construíram-se alternativas para muitas das situações, na medida em que as equipes optaram por tornar possível o cuidado, mesmo que os profissionais tivessem que realizar atendimentos em local inapropriado, com instalações inadequadas. Essa situação de insuficiência dificultou ainda mais o quadro já preocupante para o atendimento pleno da demanda de cuidado.

Entraves ainda mais desafiadores foram percebidos no processo para dispensação de medicamentos prescritos e não constantes nas listas da assistência farmacêutica. Observou-se a frequência dos tensionamentos provocados pela falta do medicamento indicado pelo médico, insumos para tratamento das feridas e insuficiência de força de trabalho. Se o medicamento não estava sendo fornecido ao tempo e provocava descontinuidade de tratamentos, se o transporte não dava conta de atender aos horários agendados para revisões ou sessões de reabilitação, se as malhas, protetores e hidratantes, insumos básicos para os queimados, não eram disponibilizados, situações de conflito elevavam o nível de ansiedade entre as vítimas, os profissionais e as instituições (Anexo D).

Além da preocupação permanente com a disponibilização dos medicamentos e demais insumos, havia igual apreensão pela assistência adequada. Responder às demandas e conseguir

gerar índice de satisfação desejável dependia de poder contar com médicos das especialidades de psiquiatria e pneumologia que se dedicassem, exclusivamente, ao atendimento das vítimas, profissionais de outras áreas, em especial, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Outras especialidades médicas necessitariam estarem acessíveis, assim como os farmacêuticos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Até a tramitação da solicitação feita pelo hospital e a efetivação da contratação dos profissionais, exclusivamente, para o CIAVA, houve uma sobrecarga compartilhada entre servidores do hospital e professores do CCS.

Para Campos et al. (2015), “os principais problemas do SUS são o financiamento inadequado, um modelo de gestão fragmentado, e que tem dificultado o uso intensivo dos recursos existentes, e ainda a inadequada política de pessoal para a saúde, desde a formação até a inexistência de carreira pública”. O autor sintetiza a situação do atendimento vivenciada por profissionais, gestores e usuários o período pós-desastre.

O cenário da prática diária não oferecia tranquilidade nem para gestores, nem para profissionais. Notou-se, ainda, a descontinuidade no provimento dos insumos e a dificuldade na aquisição de equipamentos adequados à assistência necessária, fatores que dificultavam o trabalho dos profissionais.

O quadro, a seguir, demonstra a insuficiência de recursos destinados à manutenção do atendimento às vítimas. É possível constatar que o valor de R\$ 950.000,00 (novecentos e cinquenta mil reais) destinado ao hospital pela Portaria Ministerial nº 700, de 24 de abril de 2013 foram suficientes para a remuneração dos profissionais contratados, durante o primeiro o ano, somente. Ressalta-se que este foi o único recurso financeiro específico para custeio do atendimento às vítimas que o HUSM recebeu. Nos anos seguintes, a manutenção do atendimento prestado pelo CIAVA foi garantida por recursos próprios, a maioria deles oriundo da produção do hospital (Anexo D).

Quadro 13 – Resumo das despesas com pessoal durante o primeiro ano de atividade do CIAVA

(continua)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
MARIA - UFSM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA
MARIA - HUSM**

**GASTOS COM PESSOAL CIAVA -
FUNDAÇÃO DE APOIO**

Quadro 13 – Resumo das despesas com pessoal durante o primeiro ano de atividade do CIAVA

(conclusão)

MÊS	Núm. Func. CIAVA	Custo médio	Custo c/encargos
Mar./13	7	3.913,04	27.391,30
Abr./13	29	3.913,04	113.478,26
Mai./13	29	3.913,04	113.478,26
Jun./13	34	3.913,04	133.043,48
Jul./13	34	3.913,04	133.043,48
Ago./13	32	3.913,04	125.217,39
Set./13	34	3.913,04	133.043,48
Out./13	34	3.913,04	133.043,48
Nov./13	34	3.913,04	133.043,48
Dez./13	34	3.913,04	133.043,48
Jan./14	34	3.913,04	133.043,48
Fev./14	34	3.913,04	133.043,48
Mar./14	34	3.913,04	133.043,48
		Total	1.576.956,52

Fonte: Folha de pagamento.
FATEC

Obs.: Não incluiu os meses, após mar./14, em função de extrapolar os recursos recebidos e terem sido suportados pelo HUSM.

RELAÇÃO DOS CARGOS PARA DAR SUPORTE AO CIAVA	
ESPECIALIDADES	QUANTITATIVO
Assistente social	4
Enfermeiros	2
Fisioterapeutas	5
Fonoaudiólogo	1
Méd. Cir. Plástico	1
Méd. Clínico	3
Méd. Neurologista	1
Méd. Psiquiatra	5
Psicólogo	5
Téc. Enfermagem	4
Téc. Farmácia	2
Terapeuta Ocupacional	1
Total autorizado	34

Fonte: Folha de pagamento FATEC.

O Quadro 14 apresenta os resultados quanto à categoria temática, inexperiência em trabalho interprofissional e interdisciplinar, como obstáculo no processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA.

Quadro 14 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram inexperiência em trabalho interdisciplinar e interprofissional

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G10	<i>Uma crítica mais ampla, é a dificuldade de trabalhar com equipe e ter um trabalho multiprofissional, nem falo interdisciplinar.</i>	Desconhecimento e problemas de relacionamento entre equipes.	Baixa integração entre profissionais
P2	<i>De trabalho em equipe, nós tivemos que saber trabalhar em conjunto, muitas áreas não sabiam trabalhar, até então, a equipe não sabia, até então, trabalhar de uma maneira multidisciplinar, então, essa também foi uma questão que, de alguma maneira, nós sofremos dentro do CIAVA. Mas a dificuldade de relacionamento entre as equipes, eu acredito que foi uma questão que marcou bastante.</i>	Desconhecimento e problemas de relacionamento entre equipes.	
P4	<i>Então tu vais criar para um grupo que o SUS é equidade, aí, tu foges dos princípios do SUS, a gente até entende. Mas daí também tem todo aquele outro lado do sofrimento, de não aguento mais saber qual depressão é maior ou pior.</i>	Desconhecimento e problemas de relacionamento entre equipes.	
P11	<i>Alguns profissionais destoavam um pouco disso... ficava um pouco difícil, às vezes, a integração de algumas áreas específicas, da área médica com a da reabilitação.</i>	Desconhecimento e problemas de relacionamento entre equipes.	
G7	<i>A questão da equipe, da cisão das equipes, das formações das equipes que, num primeiro momento, foi com professores voluntários, depois fisioterapeutas contratados e depois esses fisioterapeutas foram embora e veio a EBSEH.</i>	Desconhecimento e problemas de relacionamento entre equipes.	
P1	<i>A dificuldade que teve de começo foi a transição da equipe anterior para a nossa equipe que entrou da EBSEH.</i>	Desconhecimento e problemas de relacionamento entre equipes.	

A falta de experiência em trabalhar interprofissionalmente e interdisciplinarmente, a insuficiência da força de trabalho e a renovação da equipe devido à substituição dos contratos precários, realizados, emergencialmente, foram considerados fatores que contribuíram para a baixa integração entre os profissionais. O principal efeito desta fragilidade pode ter sido sobre a adesão ao acompanhamento no Centro, devido à ruptura de vínculos entre usuários e profissionais.

Para os profissionais e gestores, as questões relacionadas ao trabalho em equipe apresentaram-se como uma das dificuldades mais sensíveis e delicadas de serem contemporizadas. Notou-se o esforço adicional no sentido de conciliar diferenças ante a delicadeza do tema. A dor, o desespero e a comoção que mobilizava a todos, aos poucos se distanciaram da maioria. Especialmente, para profissionais e sobreviventes, o desastre e suas sequelas, ainda, estão muito presentes, razão para o seguimento assistencial às vítimas.

O Quadro 15 apresenta os resultados quanto à categoria temática, produção do conhecimento, com educação permanente, como uma adversidade no processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA.

Para os entrevistados ficou evidente o despreparo de todos para o enfrentamento da situação de desastre. Então, foi preciso assumir, não apenas a falta de conhecimento prévio, mas a prática pautada na reprodução de aprendizagens. Foi também necessário reconhecer o pouco estímulo e a valorização da educação permanente nos serviços, uma vez que a inexistência de conhecimento prévio dos profissionais e das instituições, acerca do trabalho desenvolvido foi reconhecido como um limitador. No entanto, quando estas insuficiências tornaram-se uma potência de aprendizado, vivenciou-se, efetivamente, a educação permanente. Foi o que se pôde observar na experiência dos trabalhadores e dos gestores do CIAVA, visto que o trabalho em equipe e aprendizado coletivo foi identificado como positivo, o que é apresentado no próximo subcapítulo.

Quadro 15 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a produção do conhecimento como educação permanente

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G5	<i>A falta de experiência do conjunto de profissionais, porque nunca tínhamos vivido isso, tivemos que ser extremamente criativos, porque ninguém, ou a maioria das nossas instituições, não estão preparadas para isso.</i>	Falta de conhecimento prévio e baixa capacidade das instituições para aprendizado permanente.	Pouca valorização da lógica da educação permanente
G5	<i>O despreparo das equipes dos municípios para saber o que fazer nessas situações.</i>	Falta de conhecimento prévio e baixa capacidade das instituições para aprendizado permanente.	
G9	<i>E talvez uma dificuldade seja justamente de ter que praticamente começar do zero, não ter uma experiência anterior que pudesse balizar. Foi a partir do vivido, das experiências individuais e coletivas, desse trabalho, de aprender a trabalhar junto. A maior dificuldade era a falta de experiência, de experiência anterior. Na realidade, não se tinha muito por onde começar.</i>	Falta de conhecimento prévio e baixa capacidade das instituições para aprendizado permanente.	
P9	<i>A questão assistencial aprendizado permanente de ter que criar uma equipe, ou treinar uma equipe, buscar recursos teóricos que qualificassem a equipe diante desse ineditismo, também, foram dificuldades desse acompanhamento assistencial.</i>	Falta de conhecimento prévio e baixa capacidade das instituições para aprendizado permanente.	

4.2.2 Das facilidades: o cuidado é um caminho que se faz ao andar!

A seguir, são apresentadas as categorias temáticas referentes às facilidades na organização do CIAVA, em cinco quadros. A partir dos trechos das falas dos entrevistados, tal como na categoria das dificuldades apresentadas acima, foi produzida uma breve síntese das manifestações e a unidade de significado correspondente.

O Quadro 16 apresenta os resultados quanto à categoria temática que explicita as características da equipe como facilitadores do processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA.

Quadro 16 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a característica da equipe

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G4	<i>Eu acho que a grande facilidade foi o comprometimento dos profissionais.</i>	Comprometimento e empoderamento da equipe multiprofissional.	Comprometimento da equipe multiprofissional
G7	<i>A gente fazia isso porque nós éramos encorajados, empoderados, porque éramos uma equipe. Sermos uma equipe nos empoderou a tal ponto, que nenhuma pessoa que tivesse entrado aqui nesse hospital, buscado recurso, não tivesse sido atendida,</i>		
G8	<i>Havia uma boa vontade, uma vontade muito grande de fazer, de alguma forma se organizar o serviço. Havia uma disponibilidade das pessoas nas instituições. Então, o que eu vejo é que havia uma facilidade, uma vontade muito grande e disponibilidade dos profissionais do hospital universitário.</i>	Vontade e disponibilidade das pessoas em ajudar.	
P6	<i>Essa vontade de realmente fazer, de ter um serviço organizado, um serviço com qualidade.</i>	Vontade de fazer, organização e qualidade.	
P6	<i>Não tinha hora para se reunir e para discutir.</i>	Vontade	
P7	<i>Teve muita vontade por parte dos profissionais e isso facilita para quem organiza.</i>	Vontade dos profissionais.	
P10	<i>Nós tivemos vários profissionais que quiseram participar e de áreas diferentes, então eu acho que isso ajudou bastante a gerar aquele nosso fluxo de encaminhamento.</i>	Vontade dos profissionais.	

Quadro 16 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a característica da equipe

(continuação)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P6	<i>O conhecimento que as pessoas tinham dos seus núcleos foi facilitador.</i>	Conhecimento	Conhecimento da equipe multiprofissional
G8	<i>Formou-se um vínculo entre essas pessoas, naquele momento, então, havia uma facilidade de diálogo, de troca.</i>	Vínculo entre as pessoas, facilidade de comunicação	Integração da equipe multiprofissional
G1	<i>Entrosamento da equipe multiprofissional.</i>	Entrosamento da equipe multiprofissional.	
G2	<i>Acho que é a primeira vez que eu vejo uma integração de equipe independente de categoria de servidor, onde o assistencial e o docente pegam junto no atendimento, no levantamento.</i>	Integração da equipe multiprofissional.	
P4	<i>As forças maiores são as questões da equipe, da interdisciplinaridade, dessa parceria enorme que a gente teve, dessa troca, dessa partilha mesmo.</i>	Integração da equipe multiprofissional.	
P5	<i>Pelos profissionais, o fato de a gente ter reuniões de equipe, de conhecer toda a equipe.</i>	Reuniões de equipe	
P5	<i>Eu saliento que o trabalho em equipe é fundamental, foi e está sendo fundamental, desde os mutirões.</i>	Trabalho em equipe.	
P6	<i>Um grupo extremamente unido, os profissionais extremamente unidos, tendo um fio comum.</i>	União da equipe.	
P11	<i>A coisa mais importante que facilitou a criação do CIAVA foi a disponibilidade da equipe, que acho que é o ensinamento maior em termos profissionais para as áreas em geral, que foi todo mundo se enxergar e ver que precisava trabalhar junto. Houve uma união, uma disponibilidade interna da equipe. Se não houvesse, a gente não teria feito os mutirões.</i>	União da equipe.	

Quadro 16 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a característica da equipe

(conclusão)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P5	<i>É uma equipe, sim, muito unida, que se reúne, que faz estudo de caso, que discute, que a gente consegue essa coisa de estar alinhavando o tratamento, de cada um fazer a sua parte, a gente consegue fazer no CIAVA.</i>	Grupos de estudo, discussão de caso e plano terapêutico.	Educação permanente e Plano terapêutico individual

Para Souza e Dall'Agnol (2013), a educação permanente configura-se como uma necessidade que, ao ser associada às situações de emergência, pode acenar para mudança da percepção preponderantemente, técnico-científica da gestão. A mudança esperada e que pode nascer de incertezas requer que profissionais de saúde assumam responsabilidade e compromisso nos espaços do Estado, seja naqueles da macro ou micropolíticas, tacitamente definidos, como é o caso de um HU ou de um serviço que dele faz parte.

Dentre as características da equipe que facilitaram o processo de organização, estruturação e seguimento do CIAVA é possível destacar o comprometimento, disponibilidade, facilidade de comunicação, entrosamento, integração, além do empoderamento e vontade de fazer junto e de modo organizado, com qualidade. A busca pelo conhecimento é vista como razão para criação do grupo de estudo capaz de mobilizar encontros para discussões de casos que resultavam na elaboração do plano terapêutico individualizado. Estava deste modo, implantado o processo de educação permanente no serviço.

Segundo Merhy (2014), o conjunto das tensões, em especial, daquelas sobre a relação entre a dimensão cuidadora e a profissional específica é capaz de mostrar potências e promover transformações que se impõem, de modo desafiador e necessário, para a luta daqueles que tratam a saúde como bem público e entendem o trabalho em saúde como dispositivo de defesa da vida, individualmente, ou sob o espectro da coletividade.

O Quadro 17 apresenta as características da população alvo como um facilitador.

As especificidades que caracterizaram a população-alvo facilitaram o processo de organização do Centro, e também a estruturação do seguimento das vítimas. Identificar a existência de uma população-alvo com necessidade de saúde específica, numericamente expressiva e majoritariamente formada por jovens universitários permitiu que se tivesse a real

dimensão do desastre. Tais peculiaridades chamaram atenção e deram visibilidade ao evento, e, portanto, mobilizaram os atores para a organização do serviço.

Quadro 17 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram característica da população-alvo

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G3	<i>A existência de uma população-alvo a ser atingida que tinha uma grande necessidade no atendimento mais específico. Havia um grande número de pessoas com necessidade desse atendimento.</i>	Existência de uma população-alvo com necessidade de saúde específica e quantitativo expressivo.	População-alvo específica
G6	<i>Eu acho que tudo que vem junto com um evento dessa magnitude tem isso: inicialmente, tu tens imprensa, tu tens equipes, tu tens todo mundo ali disponível. A visibilidade de um evento com essa magnitude, que essa magnitude traz. Então, essas facilidades que, até esse espírito de ajudar, esse altruísmo, tu acabas tendo portas abertas.</i>	Visibilidade do evento	Magnitude e visibilidade do evento (incêndio na Boate Kiss)

O Quadro 18 apresenta, como facilitador, o envolvimento dos gestores hospitalares, da universidade, das esferas governamentais e dos usuários.

É preciso enfatizar, no início da organização do CIAVA, a percepção da presença proativa da estrutura do MS, como mediador das discussões internas e externas, especialmente, na definição e limites das atribuições dos entes signatários e fluxos de acesso aos serviços. O MS teve papel central na organização do processo de regulação ao disponibilizar em seu site o *link* para cadastramento das vítimas.

Outro destaque diz respeito à estruturação do Acolhe Saúde, serviço criado na atenção básica, com equipe exclusiva para acolhimento de familiares, vítimas e comunidade em geral atingidos pelo desastre da Kiss, considerada uma medida importante de criação da rede de cuidado no qual também estava inserido o CIAVA. Cabe destaque que o Acolhe Saúde, posteriormente, se tornaria o principal ponto de atenção de referência em saúde mental do nível primário, no fluxo estabelecido com o nível especializado.

Quadro 18 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram o envolvimento dos gestores e usuários

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G4	<i>Comprometimento de toda uma gestão do próprio hospital universitário, comprometimento da academia, dos docentes da universidade.</i>	Comprometimento da gestão do HUSM, da UFSM.	Envolvimento da gestão do HUSM e da UFSM
P9	<i>O êxito das ações que foram levadas adiante pelo CIAVA e também pelos outros órgãos que estiveram envolvidos, se deu, em grande parte, porque houve uma sensibilização dos órgãos públicos, dos profissionais, dos gestores quanto à urgência e a presteza nas decisões sobre funcionamento, sobre liberação de verbas, contratação de funcionários, apoio na participação de órgãos colegiados.</i>	Apoio das instâncias.	
P11	<i>O CIAVA tinha uma escuta e acesso frente à gerência do hospital.</i>	Apoio da gestão do HUSM.	
G8	<i>O fato do pessoal do Ministério vir no início pelo menos, estar bastante presente e alcançar algumas questões mais do conhecimento, de saber os recursos que tem, não recursos financeiros, mas de organização, deu uma certa segurança no início do processo.</i>	Apoio do MS.	
P6	<i>Tivemos uma organização dos gestores, principalmente, do estado, do município e da própria organização do hospital, que nos direcionou, todas as nossas discussões, acho que isso foi um facilitador.</i>	Organização dos gestores e outras instâncias.	
P7	<i>Teve apoio de várias esferas, tinha um interesse de atender essas pessoas.</i>	Apoio de outras instâncias.	
P9	<i>A facilidade numa situação como a da Kiss... ela sensibiliza todos os órgãos envolvidos.</i>	Apoio das instâncias.	
P9	<i>Se houve uma facilitação das entidades públicas, dos órgãos responsáveis, do ponto do Ministério da Saúde, governo do estado, municipal, no sentido de viabilizar com menos dificuldades, com menos burocracia, de agilizar com que determinados processos que muitas vezes, em outras circunstâncias, teriam que percorrer um trâmite burocrático mais demorado, isso foi facilitado.</i>	Apoio das instâncias.	

Quadro 18 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram o envolvimento dos gestores e usuários

(conclusão)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala.	Unidade de significação
G4	<i>Outra facilidade foi ter um grupo gestor do cuidado, que aí tu podes integrar os serviços e fazer essa aproximação entre as outras pontas do atendimento, a atenção básica, no caso psicossocial.</i>	Estrutura de Gestão Colegiada.	Estrutura de Gestão participativa

A proposição de organizar um grupo para acompanhamento do atendimento, denominado de Grupo Gestor do Cuidado às Vítimas da Kiss (GGC), teve por objetivo promover a integração entre os serviços de saúde e elencar ações estratégicas que possibilitassem o cuidado integral das vítimas, seja promovendo ações de cuidado clínico, atendimento psicossocial, articulação com as diferentes especialidades, ou priorizando o trabalho em rede entre os serviços de saúde. As atividades do grupo iniciaram-se concomitantes à implantação do CIAVA. No primeiro ano, a periodicidade dos encontros era semanal, depois passaram a ser quinzenais, e a partir do terceiro ano do desastre os encontros aconteceram mensalmente. Além de acompanhar o atendimento, o GGC organizou os seminários para a avaliação e o acompanhamento do termo de compromisso promovido pelo MS.

Para Merhy (2014, p. 92), [...], é possível pensar um modelo anti-hegemônico que torna a dinâmica micro decisória mais pública, capturado pelo mundo das necessidades dos usuários.” A afirmação do autor é fundamentada pelo conjunto de sua obra que aborda “noções sobre micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e as lógicas de produção do cuidado”.

Sem parecer excessivo declarar o Grupo Gestor do Cuidado como instrumento decisivo para o bem-sucedido processo de atendimento às vítimas, pôde-se destacar a validação do compromisso institucional em todos os seus níveis e dos trabalhadores com a sociedade.

O Quadro 19 evidencia que a acessibilidade, história e estrutura prévia existente no HUSM, constituiu-se como uma facilidade reconhecida para a organização e o seguimento do serviço. Portanto, o fato de um hospital universitário ser o proponente do Centro constituiu-se como um facilitador.

Quadro 19 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram história e estrutura previa existente no HUSM

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G10	<i>É um serviço universitário. É aqui mesmo em Santa Maria onde morava ou ainda mora a maioria das vítimas e seus familiares, muitos eram universitários desta universidade.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: a maioria das vítimas eram universitários da UFSM.	Acessibilidade dos usuários
G5	<i>O HUSM disponibilizou equipamentos, estrutura física.</i>	Recursos físicos e materiais.	Disponibilidade de recursos físicos e materiais
G8	<i>Acho que a facilidade está na estrutura do hospital universitário.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: estrutura	
P1	<i>Material tem para trabalho técnico, de via aérea.</i>	Recursos materiais.	
P11	<i>Houve alguma facilidade de recursos, não dá para negar, eu acho que houve, embora ela não tenha sido como a gente imaginava que fosse.</i>	Recursos	
G1	<i>Nós tivemos, temos aqui dentro do hospital universitário, funcionários/servidores de alta expertise e com muitas especialidades em que estavam concomitantes com as demandas que esses sobreviventes necessitavam.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: havia equipe multiprofissional com expertise, de acordo com a demanda de saúde dos sobreviventes.	Existência de equipe multiprofissional qualificada
G2	<i>Nós estarmos em uma universidade em que temos todos os profissionais necessários aqui dentro.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: equipe multiprofissional.	

Quadro 19 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram história e estrutura previa existente no HUSM

(continuação)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G9	<i>E quando ele é instalado dentro do hospital na unidade assistencial da universidade, que é o hospital universitário, ele vai também ser acolhido pelo universo de profissionais altamente qualificados e que vão se reunir, vão constituir esse núcleo que vai dar origem ao CIAVA, mas que são pessoas que têm, por formação, o ensino, a pesquisa e a extensão como algo importante e que não tomam isso como algo apenas do seu ganho individual. A diversidade de recursos humanos que tem dentro da universidade, porque o CIAVA não conta só com servidores do hospital, conta com servidores da universidade, do CCS, de outros centros que contribuem com trabalho, com estudo. Então, toda essa potência que a universidade tem dentro do hospital, dentro dos seus centros acadêmicos, eles se colocaram neste lugar.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: estar na universidade e contar com a equipe multiprofissional.	Existência de equipe multiprofissional qualificada
G10	<i>O fato de a universidade ter vários profissionais e muitos cursos na área da saúde que eram importantes para garantir a integralidade.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: estar na universidade e ter os profissionais e cursos da área da saúde.	
P1	<i>Educadora física também, que já dá um certo desmame ao paciente.</i>	Presença de equipe multiprofissional.	
P7	<i>Aqui, o hospital universitário já é um centro de atendimento de várias especialidades, então, isso facilitou, tinha os profissionais formados que pudessem atuar.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: ter os profissionais.	
P11	<i>O governo federal enxergou que esse Centro precisava ficar na universidade e no hospital universitário, porque precisava de gente qualificada, que soubesse o que estava fazendo. Uma facilidade foi reconhecer que o corpo técnico qualificado estava na universidade para esse atendimento.</i>	Apoio das instâncias e local (HUSM)	
P9	<i>A existência de uma estrutura institucional hospitalar com recursos humanos qualificados para o atendimento das pessoas.</i>	A localização (HUSM) favoreceu: ter os profissionais e estrutura física	

Quadro 19 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram história e estrutura previa existente no HUSM

(conclusão)			
Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G5	<i>O HUSM conseguiu, muito rapidamente, organizar a sua equipe.</i>	Organização da equipe pelo HUSM, de forma rápida.	Existência de equipe multiprofissional qualificada
G2	<i>A questão da pesquisa, que não é uma coisa comum, é interessante, importante, foi uma experiência muito boa.</i>	Experiência da realização da pesquisa.	Experiência da realização da pesquisa
G9	<i>Ele [CIAVA] se constituiu num centro de pesquisa, o que é fundamental, quer dizer, como o que é a gente vai contribuir para ter protocolo se não têm evidências e quem vai produzir evidências, quem produz evidências produz conhecimento, quem produz conhecimento produz ciência.</i>	A questão da pesquisa, produção de evidências.	
G9	<i>O fato de ficar na universidade, no hospital, também empodera os profissionais, os trabalhadores da universidade e do hospital na questão da pesquisa, então, isso é uma coisa muito importante.</i>		
G10	<i>Por outro lado, também, a possibilidade de a gente formar pessoas, gerar conhecimento e que agregasse para a rede SUS mesmo, para o estado, para o sistema de saúde, pessoas com capacidade de intervir, dessa forma, a longo prazo.</i>	Possibilidade de formação de pessoas, de gerar conhecimento.	

Quanto à relevância do HUSM, relacionada às facilidades no processo de organização e implantação do CIAVA, destacaram-se alguns aspectos. O primeiro deles diz respeito ao papel do hospital universitário e da universidade neste processo. Percebeu-se certo alívio nas manifestações, quase que unânimes dos entrevistados, quanto ao fato do Centro ser estruturado num hospital universitário, com retaguarda de uma universidade federal. A constatação permitiu considerar que, tanto gestores quanto profissionais guardaram respeito e reconheceram o prestígio da instituição⁸.

⁸ Para tratar das questões relativas ao seguimento assistencial faz-se necessário retomar o cenário onde foi inserido o CIAVA: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria – HUSM/UFMS. Instituição

O cenário do HUSM, percebido pelos entrevistados como estruturalmente estável enquanto prestador de serviços ao SUS parece antecipar garantias para o cuidado esperado para as vítimas. Além do reconhecimento evidente sobre a representatividade da universidade para a comunidade interna e externa cabe destacar que 113. do total de 239 vítimas, que morreram no local, eram alunos da UFSM. Outro dado que aproximou, ainda mais, o desastre da instituição referiu-se aos sobreviventes. Aproximadamente 50% do total resgatado do interior da boate, tinha algum vínculo com a instituição.

O Quadro 20 apresenta os resultados que sinalizam como facilidade a inserção em uma rede de atenção existente e com a reconfiguração para garantir acolhimento e acesso a todos os usuários, como princípio da organização e seguimento do CIAVA.

Quadro 20 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a inserção e reconfiguração da rede de atenção existente centradas no usuário

(continua)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P5	<i>Principalmente para eles [pacientes], no sentido por ser porta aberta.</i>	Porta aberta para os pacientes do CIAVA (acesso).	Acesso diferenciado
G1	<i>Um fluxo bem estabelecido.</i>	Fluxo de atendimento,	Fluxo de atendimento centrado no usuário
G6	<i>A gente tinha essa ideia inicial do mutirão, de fazer vários atendimentos, de ter algum encaminhamento, que essas pessoas conseguissem fazer seus exames de forma mais ágil. Porque o HUSM, assim como quase todos os hospitais universitários, tem sua demanda interna já bem volumosa, porque tu tens que resolver de toda uma região.</i>	Fluxo de atendimento diferenciado para os pacientes do CIAVA.	

reconhecida como o maior prestador de serviços públicos de saúde da região-centro do Rio Grande do Sul, credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, como Hospital de Ensino, referência para atendimento de média e alta complexidade, incluindo transplantes, tratamentos oncológicos, materno-infantil, doenças cardiovasculares, cirurgia cardíaca, politrauma, doenças raras, dentre outros. O hospital, com 403 leitos, presta atendimento em mais de 50 especialidades médicas, possui um quantitativo de aproximadamente 2.400 funcionários e em torno de 200 docentes da universidade para o acompanhamento de mais de 2.500 graduandos dos cursos da área da saúde e 280 residentes das áreas médica e multiprofissional, por ano. Além da vocação assistencial e de formar profissionais para o sistema, o HUSM destaca-se pelo incentivo à pesquisa, com mais de 30 grupos de pesquisa registrados.

Quadro 20 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a inserção e reconfiguração da rede de atenção existente centradas no usuário

(continuação)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
P1	<i>O acesso às outras áreas é bem mais rápido do que a média de um paciente que vai na rede, enfim, que entra para o fluxo normal do hospital. O trajeto para ele chegar até aquele profissional é mais curto, do que o paciente da rede pública normal, que, às vezes, tem que passar por clínico geral, ficar numa consulta, que a gente consegue acelerar esse processo de consulta... o fluxo deles é bem mais curto do que um paciente da rede. Eu acho que aquele profissional a que ele precisa chegar, ele chega de maneira rápida. A maior facilidade é o acesso que ele tem aqui no hospital para o profissional que ele precisa.</i>	Fluxo de atendimento mais rápido para os pacientes do CIAVA.	Fluxo de atendimento centrado no usuário
P5	<i>Então, a gente tem a facilidade de um encaminhar para o outro e poder fazer isso. Então, eu atendi, vejo que aquele paciente está necessitando consultar na psiquiatria, eu consigo encaminhar. Ou é questão médica, a gente consegue encaminhar para o clínico geral e ele fazer os encaminhamentos. Então, coisas que, às vezes, com os outros pacientes, talvez, a gente não tem essa facilidade e no CIAVA sim, tem.</i>	Fluxo de atendimento dos pacientes do CIAVA – fluxo diferenciado!	
P7	<i>O paciente chega, nós da enfermagem, fazemos um curativo, mas a necessidade do [paciente] queimado não para por ali, ele precisa de uma assistente social, de um fisioterapeuta, de um médico para muitas vezes prescrever antibiótico. E isso não acontece com outros acidentados.</i>	Fluxo de atendimento dos pacientes do CIAVA – fluxo diferenciado!	
P8	<i>Eu acho que dentro de uma burocracia, foi muito rápido, para que fizessem essa implantação, pensaram rápido, conseguiram se organizar muito rápido.</i>	Fluxo de atendimento dos pacientes do CIAVA – fluxo diferenciado!	

Quadro 20 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a inserção e reconfiguração da rede de atenção existente centradas no usuário

(conclusão)

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G5	<i>No processo de solidariedade entre as instituições teve o ACOLHE também, que é o serviço de apoio psicossocial. A gente sabe que nesse tipo de tragédia o envolvimento da saúde mental é muito grande. Houve a disponibilidade do município de Santa Maria coordenando esse processo e a própria universidade, que é o serviço de referência.</i>	Serviço de apoio psicossocial – rede de atenção à saúde.	Serviço de apoio psicossocial

A medida que foi verificado um amplo processo de mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas, bem como a entrada de novas tecnologias e conhecimentos, passou-se a requerer um novo modelo de gestão para os serviços integralmente alinhado à necessidade de implantação de dispositivos, com centralidade no usuário e integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS), *in loco* regional, em consonância com as políticas e diretrizes nacionais de saúde e educação.

Os fluxos centrados nos usuários foram percebidos pelos entrevistados, com destaque para estruturação do CIAVA, sendo relevantes para a organização do seguimento assistencial. Além disso, a capacidade de viabilizar o atendimento, garantindo fluxo ágil, com protagonismo do serviço social na orientação para o deslocamento do usuário nos circuitos internos, facilitando o acesso aos diferentes serviços, garantiu a resposta esperada pela maioria dos que acessaram o Centro.

O Quadro 21 explicita como um facilitador da organização e o seguimento do CIAVA expressaram a implicação dos profissionais, o vínculo e a responsabilização com os usuários.

A implicação dos trabalhadores em todos os processos que culminaram com o atendimento às vítimas, permitiu identificar elementos essenciais no caminho que levou à estruturação do Centro e seu efetivo funcionamento expresso pelo acompanhamento das vítimas de modo longitudinal. A disposição para o acolhimento, a construção de vínculo, com responsabilização e o agendamento do serviço centrado no usuário facilitaram o acesso ao serviço, com hora marcada ou na modalidade de porta aberta para atendimento, além de

qualificar a escuta e o acompanhamento, garantindo interação e aproximação entre usuários, profissionais e a gestão.

Quadro 21 – Número do entrevistado, trecho da entrevista, síntese da fala e unidade de significação que expressaram a implicação dos profissionais, o vínculo e responsabilização

Nº	Trecho da entrevista	Síntese da fala	Unidade de significação
G7	<i>A questão do paciente pode contar sua história eu acho que fez parte da terapia.</i>	Aberto para escuta.	Disposição para o acolhimento
P4	<i>O ambulatório do CIAVA com o clínico geral, esse clínico geral deu uma escuta melhor. Ninguém, ninguém foi excluído, ninguém. Tinha escuta, viabilizava, todo serviço social, a busca ativa.</i>	Escuta, porta aberta.	
P1	<i>A gente tem esse contato, esse acompanhamento e até um vínculo. A gente acabou criando esse vínculo e faz esse acompanhamento dos casos a longa distância. Aos pouquinhos eles estão tocando a sua vida, alguns continuam com a gente, mas a gente continua observando eles, mesmo à distância.</i>	Acompanhamento	Construção de vínculo e responsabilização
P4	<i>Eu acho que melhorou muito o processo do CIAVA no momento em que no nível ambulatorial tem um horário.</i>	Ambulatório com hora marcada para o atendimento.	Agenda do serviço centrada no usuário

Ao garantir a continuidade do cuidado, por meio da articulação entre CIAVA e demais pontos de atenção da RAS, de forma a assegurar o acesso, o acolhimento, a vinculação e a continuidade do cuidado, estabelecido por fluxos claramente definidos e pelo emprego de protocolos, previamente definidos, construídos interdisciplinarmente e organizados, a partir das necessidades do usuário, fica assegurado o atendimento longitudinal e integral das vítimas, com implicação efetiva dos profissionais e gestores.

A responsabilização dos profissionais para com as necessidades das vítimas fica evidente nas falas, ao manifestarem a sua disponibilidade irrestrita para a escuta, e também com a oferta livre para o acompanhamento a distância.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver experiências fora do padrão, devido a circunstâncias não previstas, como foi o caso do desastre da Kiss, não deixou muita escolha aos profissionais e menos ainda às autoridades, afinal estes eram os gestores do momento e cabia-lhes a responsabilidade de gerenciar a situação. Quanto aos outros, muito antes do fatídico dia 27, haviam escolhido para suas vidas serem profissional de saúde, portanto, também tinham compromisso com a gestão do caos que se instalara. A noção de que deveriam compartilhar a responsabilidade pela gestão do desastre pareceu incorporada por todos que se encontravam envolvidos com a situação, desde seu início, independente da atividade que exerciam ou do vínculo institucional que possuíam.

Diferentemente dos desastres examinados para subsidiar o tema da tese, que pouco ou raramente, ainda que de modo desarticulado trataram dos efeitos pós-evento, o desastre da Kiss foi capaz de mobilizar instituições, serviços de saúde e profissionais para elaboração de um plano estruturado de acompanhamento, organizado por nível de complexidade de demanda e amparado pelos princípios do Sistema de Saúde Público vigente no Brasil.

O acompanhamento ambulatorial multiprofissional e integrado tornou-se imperativo para garantir o processo de continuidade de cuidado, ou seja, o seguimento do atendimento das vítimas da Kiss, num primeiro momento. O objetivo principal para a criação de um serviço que respondesse à demanda por cuidado era oferecer atenção clínica, de modo multiprofissional e eficaz a esta população, em espaço organizado para este fim específico. A preocupação inicial dos envolvidos na estruturação do atendimento foi minimizar os efeitos diretos produzidos pelo sofrimento das pessoas que se encontravam em estado de vulnerabilidade, a fim de atingir a integralidade do processo de recuperação da saúde, assegurando rapidez e eficiência de respostas, além da produção de fluxos de atendimento claros e acessíveis para todas as vítimas identificadas.

A emissão do termo de compromisso que estabeleceu a pactuação entre os entes signatários e o Ministério da Saúde, e definiu o HUSM como instituição de referência para as vítimas do desastre da Kiss teve importância singular para a articulação entre instituições e atores que poderiam auxiliar na construção de estratégias e na disponibilização de recursos que superassem os limites existentes, assim como tranquilizar vítimas e comunidade.

Destacam-se a noções de compromisso dos profissionais do CIAVA com o SUS e seus princípios nas ações de organização, gestão e processos relacionais que compunham o ato de

cuidar. Mesmo os gestores que, em tese, não executam ações diretas de cuidados buscaram conhecer e acompanhar o trabalho desenvolvido, ao propor e estimular a participação dos profissionais e vítimas no Grupo Gestor do Cuidado às Vítimas da Kiss - GGC. É possível assegurar que as decisões que envolveram todas as etapas do processo do atendimento continuado, após a implementação do Centro, foram decisões colegiadas, amplamente discutidas e aprovadas pela maioria dos membros das instituições que compunham o GGC.

Além das facilidades enumeradas pelos entrevistados referentes ao papel da UFSM, do MS e do Acolhe Saúde a percepção dos participantes da pesquisa sobre questões trazidas à superfície, voluntária ou involuntariamente, como: conceitos revelados, valores adormecidos, métodos criativos, *expertises* desconhecidas, humanidades tímidas e outras potências que foram aos poucos sendo evidenciadas, cada uma delas, individualmente ou somando-se por meio de conexões invisíveis, mas consistentes, porém livres da rigidez imposta por burocracias prévias capazes de concederem flexibilidade ao processo, revelaram-se em habilidades possíveis para controlar uma situação terrivelmente desastrosa. O invisível, o intocável, o inominável de cada um, chamado de comprometimento, integração, boa vontade, entrosamento, disponibilidade, note-se, agigantou-se ao ser desafiado pelo imponderável.

O fato de não ter em que espelhar-se, pode facilitar exposição ao desafio, individualmente ou do grupo, no sentido de favorecer atitudes de despreendimento, promovendo o desequilíbrio nas decisões em favor do coletivo. Somado a isso possibilitaria neutralizar algumas tensões próprias da resistência à singularidade, quando o padrão institucional está conformado num modelo, para a maioria, intocável. A dimensão chocante do desastre apequenando o mais celebrado e brioso guru das soluções prodigiosas viria agigantar anônimos e estimular a neutralidade no tratamento do inusitado, pontuando a favor da ruptura, constringendo críticos e ações contenciosas ensaiadas por alguns poucos detentores do poder nos seus territórios demarcados.

No que se referem as dificuldades apontadas, a insuficiência de recursos foi a maior adversidade percebida para estruturação do CIAVA e a efetivação do seguimento ambulatorial às vítimas. A ausência de plano de contingenciamento no SUS para enfrentamento de desastres ultrapassa a barreira da expectativa e passa a configurar-se numa necessidade. O cenário de insuficiência da atenção básica, a falta de suporte logístico, ou mesmo sua gestão inadequada, com o agravante da baixa adesão dos signatários ao termo de compromisso e às ações nele estabelecidas dificultaram as atividades do Centro e acompanhamento das vítimas, de modo adequado e seguro. Ainda, as fragilidades do sistema local, agravadas com o passar do tempo,

tornaram a conjuntura ainda mais complexa e instável, devido ao esvaziamento do apoio do nível estadual e federal.

No entanto, a carência mencionada não deixou escolha, construíram-se alternativas para muitas das situações. Na medida em que as equipes optaram por tornar possível o cuidado, mesmo que os profissionais tivessem que realizar atendimentos em local inapropriado, com instalações inadequadas e as vítimas precisassem buscar doações de medicamentos, o atendimento não sofreu descontinuidade. A situação de insuficiência, mesmo constituindo-se como clamor social não foi suficiente para sensibilizar o nível central do SUS quanto à necessidade de provisão dos insumos, em especial dos medicamentos prescritos pelos especialistas. Isto dificultou ainda mais o quadro já preocupante para o atendimento pleno da demanda por cuidado.

Por meses, o rastro da devastação provocado pelo incêndio deixou a cidade descolorida, apática, de um silêncio indecifrável, um lugar onde as pessoas parecem passar o tempo e só. Além disso, impiedosamente, de tempos em tempos, novos revezes reacendem a lembrança coletiva, quase sempre com notícias desanimadoras para os familiares e, de novo, desolação.

Percebem-se movimentos insistentes no sentido da superação, entretanto, o movimento mais aguardado, aquele que se entende capaz de abrandar o sofrimento dos que perderam alguém que lhes era importante, parece tão distante quanto à linha do horizonte: a justiça prevista na lei maior. “Nada é por acaso”... e o desastre da Kiss certamente não foi.

REFERÊNCIAS

ADINI, B. et al. A national system for disseminating information on victims during mass casualty incidents. **Disasters**, v. 34, n. 2, p. 542-51, 2010.

ANSELL, C.; BOIN, A.; KELLER, A. Managing transboundary crises: identifying the building blocks of an effective response system. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 18, n. 4, p. 195-207, 2010.

ARCE-PALOMINO, J. L. Grandes incendios urbanos: mesa redonda, Lima 2001. **Revista peruana de medicina experimental y salud publica**, Lima, v. 25, n. 1, p. 118-24, 2008.

ARNOLD, J. L. Disaster medicine in the 21st Century: Future hazards, vulnerabilities, and risks. **Prehospital and disaster medicine**, Solana Beach, v. 17, p. 3-11, 2002.

AVITZOUR, M. et al. A Multicasualty Event: Out-of-hospital and In-hospital Organizational Aspects. **Academic emergency medicine**, Philadelphia, v. 11, n. 10, p. 1102-4, 2004.

AYLWIN, C.J.; et al. Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7, 2005. **Lancet**, v. 368, n. 9554, p. 2219-25, 2006.

BARRIOS, S. T. G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Rio Grande do Sul**. 2009. 177 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009.

BARSKY, A. B.; BORUS, J. F. Functional somatic syndromes. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 130, p. 910-20, 1999.

BISSON, J. I.; TENDAS, A. Diretrizes: desenvolvimento da pós-desastre diretrizes de atenção psicossocial através de um processo Delphi. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 196, n. 1, p. 69-74, 2010.

BOUDREAUX, E.D.; MCCABE, B.: 'Emergency psychiatry: critical incident stress management—I. Interventions and effectiveness'. **Psychiatric Services**, Washington, v. 51, n. 9, p. 1095-7, 2000.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência, **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, v. 19, p. 20-8, 2002. Acesso em: 25 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>.

BRASIL apresenta avanços e desafios da saúde pública brasileira. Brasília: Portal da Saúde, 2015. Acesso em: 24 abr. 2018. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/0-ministerio/aisa/noticias-aisa/17514-brasil-apresenta-avancos-e-desafios-da-saude-publica-brasileira>>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Assembleia Nacional Constituinte, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção I, p. 1.

_____. Lei 8.080, de 13 de julho 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**, Brasília, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde: municipalização é o caminho - relatório final**. [S.l]: [s.n.], 1993. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. [S.l]:[s.n.], 1986. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Seção 1, p. 70.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BURNS, J. P. Complexity science and leadership in healthcare. **The Journal of nursing administration**, v. 31, n. 10, p. 474-82, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**. CEBES: Rio de Janeiro, 2013. Acesso em 23 abr. 2018. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/07/a-saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos/>>.

CAMPOS, G. W. S.; et al. Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 338–9, 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-56, 2008. Acesso em: 25 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>>.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Acesso em: 25 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>.

CHALLEN, K.; WALTER, D. Accelerated discharge of patients in the event of a major incident: observational study of a teaching hospital. **BMC Public Health**, London, v. 26, n. 6, p. 108, 2006.

CIROCCHI, R. et al.: Damage Control surgery for abdominal trauma. **Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, v. 20, n. 1, 2010.

COIERA, E. Why system inertia makes health reform so difficult. **BMJ: British medical journal**, London, v. 23, n. 342, 2011.

COILE, R. C. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D. A. **Integrated delivery systems: creation, management, and governance**. Chicago: Health Administration Press, 1997.

DALKEY, N.C.; HELMER, O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. **Management science**, v. 9, p. 458-69, 1963.

DAL PONTE, S.T. et al. Mass-casualty response to the Kiss Nightclub in Santa Maria, Brazil. **Prehospital and disaster medicine**, Solana Beach, v. 30, n. 1, p. 93-6, 2015.

DEBACKER, M. et al. Utstein-Style Template for Uniform Data Reporting of Acute Medical Response in Disasters. **PLoS Currents**, 2012.

DEN, O. D.; DIRKZWAGER, A. J.; YZERMANS, C. J. Health problems presented in general practice by survivors before and after a fireworks disaster: Associations with mental health care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Oslo, v. 23, n. 3, p. 137-41, 2005.

DEEG, D. J. H. et al. Disaster and associated changes in physical and mental health in older residents. **European Journal of Public Health**, Stockholm, p. 170-4, 2005.

DIRKZWAGER, A. J. E. et al. Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 189, p. 144-9, 2006.

DORN, T. et al. A cohort study of the long-term impact of a fire disaster on the physical and mental health of adolescents. **Journal of Traumatic Stress**, New York, v. 21, n. 2, p. 239-42, 2008.

EPLEY, E. E. et al. A regional Medical operations center improves disaster response and inter-hospital trauma transfers. **American journal of surgery**, New York, v. 192, p. 853-9, 2006.

FERLA, A. A. et al. Educação permanente e a regionalização do sistema 364 estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 7-21, 2009.

FEUERWERKER, L.M.C. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FORBES, R. J.; JONES, R.; REUPERT, A. In the wake of the 2009 Gippsland fires: Young adults' perceptions of post-disaster social supports. **Australian journal of rural health**, Armidale, v. 20, p. 119-25, 2012.

GIBBS, L. Beyond Bush fires: Community, Resilience and Recovery a longitudinal mixed method study of the medium to long term impacts of bush fire on mental health and social connectedness. **BMC Public Health**, London, v. 13, p. 1036, 2013.

GOH, S.H. Bomb blast mass casualty incidents: initial triage and management of injuries. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 50, n. 1, p. 101-6, 2009.

GONÇALVES, E. L. (Org.). **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

GRIFFIN, M.G. et al. Participation in trauma research: is there evidence of harm? **Journal of traumatic stress**, New York, v. 16, p. 221-7, 2003.

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria. **Relatório de Gestão**. HUSM: Santa Maria;2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2010**. Acesso em: 21 maio 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

ISTRE, G. R.; et al. Residential fire related deaths and injuries among children: fireplay, smoke alarms, and prevention. **Injury prevention**, London, v. 8, n. 2, p. 128-32, 2002.

JIANG, G.Y.; SHEN, W.F.; GAN, J.X. Development of the Trauma emergency care system base don't he three links theory. **Chinese journal of traumatology**, Chongqing, v. 8, n. 5, p. 259-62, 2005.

KHORRAM-MANESH, A.; HEDELIN, A.; ORTENWALL, P. Regional coordination in medical emergencies and major incidents; plan, execute and teach. **Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine**, v. 17, p. 32, 2009.

KIM, S. J.; et al. Incidence and mortality rates of disasters and mass casualty incidents in Korea: a population-based cross-sectional study, 2000-2009. **Journal of Korean medical science**, Seoul, v. 28, n. 5, p. 658-66, 2013.

KLEBER, R.J.; BROM, D. Coping with trauma; theory, prevention and treatment. **Lisse Swets and Zeitlinger**, 1992.

KLEINE, K. R.; NAGEL, N. E. Mass medical evacuation: Hurricane Katrina and nursing experiences at the New Orleans airport. **Disaster management response**, Saint Louis, v. 5, p. 56-61, 2007.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, Bogotá, v. 14, n 2, p. 55-73, 2015.

LEE, A. C. K. et al. Emergency management in health: key issues and challenges in the UK. **BMC public health**, London, v. 12, p. 884, 2012.

LEE, W.; CHIU, T .N. G. C. J.; CHEN, J. C. Emergency medical preparedness and response to a Singapore airliner crash. **Academic emergency medicine**, Philadelphia, v. 9, p. 194-8, 2002.

LEGEMAATE, G. A. G.; BURKLE, F. M. J. R.; BIERENS, J. J. L. M. The evaluation of research methods during disaster exercises: Applicability for improving disaster health management. **Prehospital and disaster medicine**, Solana Beach, v. 27, n. 1, p. 18-26, 2012.

LIMA, C. S.; PEREIRA, F. C. Gerenciamento da Comunicação do Hospital de Cariade Dr. Astrogildo de Azevedo frente à tragédia da Boate Kiss. In: Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul, XVI, Joinvile. **Anais...** Intercom: [S.l.], 2015, p. 7.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. The Delphi Method: Techniques and Applications. Addison-Wesley, 1975.

LOWE, S. R.; WILLIS, M., RHODES, J. E. Health Problems Among Low-Income Parents in the Aftermath of Hurricane Katrina. **Health psychology**, Hillsdale, v. 33, n. 8, p. 774-82, 2014.

LU, A. Stress and physical health deterioration in the aftermath of Hurricanes Katrina and Rita. **Sociological Perspectives**, v. 54, p. 229-50, 2011.

LUIZ, M. Dois anos depois, veja 24 erros que contribuíram para tragédia na Kiss. **G1 Rio Grande do Sul**, 27 jan. 2015. Acesso em: 21 mar. 2018. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/01/dois-anos-depois-veja-24-erros-que-contribuiram-para-tragedia-na-kiss.html>>.

MACFARLANE, C.; JOFFE, A. L.; NAIDOO, S.: Training of disaster managers at a masters degree level: From emergency care to managerial control. **Emergency Medicine Australasia**, Melbourne, v. 18, n. 451-6, 2006.

MALTA, D. C., et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MARCHANT, J. et al. By stander Basic life support: an important link in the chain of survival for children suffering a drown in gornear-drowning episode. **Medical journal of Australia**, Sydney, v. 188, n. 8, p. 484-5, 2008.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCVEIGH, K. H.; MOSTASHARI, F.; WUNSCH-HITZIG, R. A. There is no health without mental health. **NYC Vital Signs**, v. 2, n. 3, p. 1-4, 2003.

MEDICI, A.C. Sistemas de financiamento e gestão hospitalar/; uma aplicação ao caso brasileiro. In: VENCINA NETO, G., MALIK, A.M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E. E; et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p 15-35.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004. pp. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MODGILL, G. et al. A population-based longitudinal cohort study of major depression and migraine. **Headache**, Saint Louis, v. 52, p. 422-32, 2012.

MÓNICO, L. S.; et al. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação Qualitativa. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 6., 2017, Salamanca. **Atas CIAIQ2017**. ISQR2017 – International Symposium on Qualitative Research, 2017. p. 724-33.

MV. **Entenda os 3 níveis de atenção à saúde possíveis no Brasil**. Porto Alegre: MV, 2016. Acesso em 24 abr. 2018. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/entenda-os-3-niveis-de-atencao-a-saude-possiveis-no-brasil>>.

NEWGARD, C. D. et al.: Emergency medical services interval and survival in trauma: assessment of the “golden hour” in a North American prospective cohort. **Annals of emergency medicine**, Lansing, v. 55, n. 3, p. 235-46, 2010.

NIEKERK, D. V. A critical analysis of the South African Disaster Management Act and Policy Framework. **Disasters**, v. 38, n. 4, p. 858-77, 2014.

NORRIS, F. et al. ‘60,000 disaster victims speak—part I: an empirical review of the empirical literature, 1981–2001’. **Psychiatry**, Washington, v. 65, n. 3, p. 207–39, 2002.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Curso de Planejamento hospitalar para desastres**. Washington: OPS, 2004.

_____. **Preparativos em Salud, agua y saneamiento para la respuesta local ante desastres**. Ecuador: OPS, 2007.

ORNER, R. J. et al. Intervention strategies for emergency responder groups: a new conceptual framework. In: HOBFOLL, S. E.; VRIES, M. W. (Ed.). **Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention**. Dordrecht: Kluwer Publishing, 1995.

O’SULLIVAN, T. L. et al. Unraveling the complexities of disaster management: A framework for critical social infrastructure to promote population health and resilience. **Social science and medicine**, Oxford, v. 93, p. 238-46, 2013.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil**

em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS J. E. F. Ação conjunta de apoio às vítimas do incêndio ocorrido desde o dia 27/01/2013 na boate Kiss em Santa Maria/RS. In: Congresso Internacional Novos Caminhos – a vida em transformação, I., 2004, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: 2004.

PARSLOW, R. A. et al: Distress experienced by participants during an epidemiological survey of post-traumatic stress disorder. **Journal of traumatic stress**, New York, v. 13, p. 465-71, 2000.

PASQUALOTO, A. S. et al. **Protocolos de Atendimento às Vítimas da Boate Kiss**. Santa Maria: Editora UFSM, 2015.

PASQUALOTO, A. S. et al. Perfil Epidemiológico, sinais e sintomas respiratórios de indivíduos que inalaram fumaça tóxica no incêndio da boate Kiss, Santa Maria, RS, Brasil. **ConScientiae Saúde**, v.14, n. 2, p. 229-35, 2015.

PELLING, M.; HOLLOWAY, A. **Legislation for mainstreaming disaster risk reduction**. Teddington, United Kingdom: Tearfund, 2006.

PERRY, R. W.; LINDELL, M. K. Preparedness for emergency response: guidelines for the emergency planning process. **Disasters**, v. 27, n. 336-50, 2003.

PERRY, R. W. Municipal terrorism management in the United States. **Disaster Prevention and Management: An International Journal**, v. 12, n. 3, p.190-202, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-ABRASCO, 2005.

_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2001.

POLUSNY, M. A. et al. PTSD symptom clusters associated with physical health and health care utilization in rural primary care patients exposed to natural disaster. **Journal of Traumatic Stress**, New York, v. 21, p. 75-82, 2008.

RAPHAEL, B. **When disasters strikes:** a handbook for the caring professions. Boston: Unwin Hyman, 1986.

RATHBUN, K.C.; CRANMER, H.: Hurricane Katrina and disaster medical care. **New England journal of medicine**, Boston, v. 354, n. 7, p. 772-3, 2006.

REDWOOD-CAMPBELL, L.J.; RIDDEZ, L.: Post-tsunami medical care: health problem sen countered in the International Committee of the Red Cross Hospital in Banda Aceh, Indonesia. **Prehospital and disaster medicine**, Solana Beach, v. 21, p. 1-7, 2006.

RICHARDS, E.; NOVAK, J. C.; DAVIS, L. Disaster Response After Hurricane Katrina: A Model for an Academic-Community Partnership in Mississippi. **School of Nursing Faculty Publications**, 2009.

RODRIGUES, T. A Estratégia Internacional de Redução de Desastres. **Revista Territorium**, Lousã, n. 17, p. 223-7, 2010.

RODRIGUEZ, S. R. et al. 'Rapid needs assessment of Hurricane Katrina evacuees: Oklahoma, September 2005'. **Prehospital and disaster medicine**, Solana Beach, v. 21, n. 6, p. 390-5. 2006.

ROORDA, J. et al. Post-disaster health effects: strategies for investigation and data collection. Experiences from the Enschede firework disaster. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 58, p. 982-7, 2004.

RUGGIERO, K. J. et al. Social and psychological resources associated with health status in a representative sample of adults affected by the 2004 Florida hurricanes. **Psychiatry**, Washington, v. 72, p. 195-210, 2009.

SAMPAIO, R. C. **Clínica ampliada e compartilhada**. 2014. Acesso em 24 abr. 2018. Disponível em: <<http://redehumanizausus.net/85422-clinica-ampliada-e-compartilhada/>>.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas Considerações**. [S.l]:[s.n.], 2006. Acesso em: 10 out. 2015. Disponível em: <<http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>>.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-11, 2007.

SANTUCCI, J. Incêndio na Boate Kiss: uma tragédia evitável? **Conselho em Revista**, ano IX, n. 95, p. 23-7, 2013. Acesso em: 21 mar. 2018. Disponível em: <http://www.crea-rs.org.br/site/arquivo/revistas/revista_99_revista_99_CR95_PDFCOMPLETO_72dpi.pdf>.

SATAPATHY, S.; WALIA, A. Affected Parents' and Other Stakeholders' Perception of a Fire Disaster Management in India: A Situational Analysis. **Disaster management response**, Saint Louis, v. 5, n.4, p. 111-8, 2007.

SHEN, W.; et al. Development of the science of mass casualty incident management: reflection on the medical response to the Wenchuan earthquake and Hangzhou bus fire. **Journal of Zhejiang University**, Hangzhou, v. 15, n. 12, p. 1072-80, 2014.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

- SKULMOSKI, G. J.; HARTMAN, F. T.; KRAHN, J. The Delphi method for graduate research. **Journal of Information Technology Education**, v.6, p. 1-21, 2007.
- SOUZA, D. B.; DALL'AGNOL, C. M. Emergência de saúde pública: representações sociais entre gestores de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4m p. 998–1004, 2013.
- SUPE, A.; SATOSKAR, R. Health services responses to disasters in Mumbai sharing experiences. **Indian Journal of Medical Sciences**, Bombay, v. 62, n. 6, p. 242-51, 2008.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 39, p. 507-14. 2005. Acesso em 25 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>.
- VAN KAMP, I. et al. Physical and mental health shortly after a disaster: first results from the Enschede firework disaster study. **The European Journal of Public Health**, v. 16, n. 3, p. 252–58, 2006.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- VERMAAK J; VAN NIEKERK, D. Disaster risk reduction initiatives in South Africa. **Development Southern Africa**, v. 21, n. 3, p. 555-74, 2004.
- VU L., VANLANDINGHAM, M. J. Physical and mental health consequences of Katrina on Vietnamese immigrants in New Orleans: A pre- and post-disaster assessment. **Journal of Immigrant and Minority Health**, New York, v. 14, p. 386-94, 2012.
- WARDA, L.; TENENBEIN, M.; MOFFATT, M. E. House fire injury prevention update. Part I. A review of risk factors for fatal and non-fatal house fire injury. **Injury prevention**, London, v. 5, n. 2, p. 145-50, 1999.
- WILLIAMS, J; WALTER, D.; CHALLEN, K. Preparedness of emergency departments in northwest England for managing chemical incidents: a structured interview survey. **BMC Emergency Medicine**, v. 7, n. 20, 2007.
- WYCHE, K.F.; et al. Exploring community resilience in workforce communities of first responders serving Katrina survivors. **The American journal of orthopsychiatry**, v. 81, n. 1, p. 18-30, 2011.
- ZHOU, X. et al.: Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among adult survivors six months after the Wenchuan earth quake. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 54, p. 493-9, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO ÀS VÍTIMAS DA KISS

**MINISTÉRIO DA SAÚDE – FORÇA NACIONAL DO SUS
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE - CIAVA
Protocolo de Acolhimento**

Apresentação do entrevistador com propostas do protocolo

Meu nome é(entrevistador/a) e trabalho como(função/cargo) no (local de trabalho/instituição).

Esta entrevista faz parte de um protocolo desenvolvido em conjunto com o Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal da Saúde de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição e demais hospitais e unidades de saúde que atendem, acompanham e tratam as pessoas atingidas pelo incêndio na boate Kiss de Santa Maria, RS, em 27 de janeiro de 2013.

Estão incluídos nesse protocolo de avaliação, tratamento e acompanhamento a todos os acidentados que internaram em hospitais, os atendidos em ambulatórios, os socorristas e os familiares e amigos das vítimas que estiveram no interior ou na proximidade da boate durante o incêndio. Mesmo aqueles que permanecem sem sintomas ou com poucos sintomas devem ser acompanhados, pois podem, eventualmente, apresentar problemas de saúde a médio e longo prazo.

As informações que você fornecer são sigilosas e serão incluídas no seu prontuário de atendimento.

Contamos com a sua participação para oferecermos um atendimento adequado a sua necessidade.

A seguir, você responderá a um questionário baseado em modelos internacionais com perguntas do tipo SIM ou NÃO.

Se você já apresentava, antes, algum dos sintomas mencionados e o mesmo piorou depois do incêndio, responda SIM à pergunta.

Procure responder às perguntas com objetividade. Caso você não compreender ou ficar em dúvida sobre o que está sendo perguntado, peça esclarecimento ao entrevistador antes de responder.

Obrigad

o por sua colaboração.

Nome do entrevistador:

Data da aplicação do questionário:/...../.....

Unidade de Saúde:..... CNES:

Questio

nário padronizado de acolhimento

Dados gerais:

1. Nome:

2. Data de nascimento:/...../.....

3. Num. Cartão SUS:

5. Sexo: () Masc. () Fem.

6. Nome da mãe:

7. Endereço residencial:.....

8. Bairro:

9. Município: UF:

10. Tel.: (.....)..... Celular: (.....).....

11. Escolaridade:

a. () Nenhuma

b. () 1º grau incompleto

c. () 1º grau completo

d. () 2º grau incompleto

e. () 2º grau completo

f. () Superior

12. Profissão:

Situação durante e logo após o incêndio.

13. Como você participou dos fatos que ocorreram durante o incêndio?

- a. Frequentador(a) da boate
 - b. Trabalhador(a) da boate
 - c. Bombeiro militar
 - d. Militar/Policial Civil/IGP
 - e. Socorrista
 - f. Profissional de saúde
 - g. Voluntário(a) no resgate
 - h. Transeunte ou vizinho(a)
 - i. Familiar ou amigo(a)
 - j. Outra. Qual?
14. Tipo de atendimento: (preencha, conforme numeração abaixo)
- a. Ambulatorial - cadastramento por busca ativa
 - b. Ambulatorial- cadastramento por busca espontânea
 - c. Atendimento hospitalar/emergência sem internação
 - d. Internação hospitalar sem ventilação mecânica
 - e. Internação hospitalar com ventilação mecânica
 - f. Outra situação (especifique)
15. Onde você se encontrava durante o incêndio?
- a. No interior da boate quando o incêndio iniciou.
 SIM NÃO NÃO SABE
 - b. Fora da boate, mas entrou no interior da mesma para prestar socorro.
 SIM NÃO NÃO SABE
 - c. Fora da boate prestando socorro, mas não entrou no interior da mesma.
 SIM NÃO NÃO SABE
 - d. Estava relativamente próximo da boate (distância máxima de 10 metros).
 SIM NÃO NÃO SABE
 - e. Não estava próximo da boate. SIM NÃO NÃO SABE

Indicar na planta abaixo a localização inicial com um “ponto” e a rota de fuga com uma flecha”.

Figura da boate



Disponível em: http://www.simplesdecoracao.com.br/wp-content/uploads/2013/01/como-foi-acidentev2_620.jpg. Acessado em 20 de junho de 2014.

16. Você aspirou fumaça durante o incêndio? () SIM () NÃO () NÃO SABE

17. Em qual unidade de saúde foi atendido inicialmente?

a. Hospital Universitário de Santa Maria? () SIM () NÃO

b. Hospital de Caridade de Santa Maria? () SIM () NÃO

c. Outro hospital? () SIM () NÃO

e. Qual?

f. Unidade de Pronto Atendimento – UPA/PA () SIM () NÃO

g. Qual?.....

h. CAPS (Plantão 24 h) de Santa Maria? () SIM () NÃO

i. Unidade Básica de Saúde no seu município? () SIM () NÃO

j. Qual?

k. Clínica de convênios no seu município? () SIM () NÃO

l. Qual?

m. Consultório privado? () SIM () NÃO

n. Qual?

o. Não buscou atendimento. () SIM () NÃO

18. Permaneceu internado mais de 24 horas após o acidente? () SIM () NÃO
19. Em qual hospital?
1. () Hospital Universitário de Santa Maria
 2. () Hospital de Caridade de Santa Maria
 3. () Hospital São Francisco de Santa Maria
 4. () Hospital de Clínicas de Porto Alegre
 5. () Hospital Nossa Senhora da Conceição
 6. () Hospital Cristo Redentor
 7. () Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre
 8. () Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
 9. () Hospital Moinhos de Vento
 10. () Hospital Mãe de Deus
 11. () Hospital Universitário de Canoas
 12. () Outro Hospital: qual? _____

Quadro clínico

19. Você sofreu algum dos seguintes ferimentos em decorrência do incêndio?

a. Queimaduras na pele? () SIM () NÃO () NÃO SABE

(se SIM, também preencher Protocolo de Queimados)

b. Irritação ou lesões nos olhos? () SIM () NÃO () NÃO SABE

c. Cortes, perfuração ou hematomas? () SIM () NÃO () NÃO SABE

d. Lesões nas articulações ou fratura em ossos?

() SIM () NÃO () NÃO SABE

e. Esmagamento de alguma parte do corpo?

() SIM () NÃO () NÃO SABE

f. Batida (trauma) forte na cabeça? () SIM () NÃO () NÃO SABE

g. Algum outro tipo de ferimento? () SIM () NÃO Qual? _____

20. Você apresentou alguns dos seguintes sintomas depois do incêndio?

a. Ardência ou corrimento no nariz? () SIM () NÃO () NÃO SABE

b. Ardência nos olhos ou lacrimejamento? () SIM () NÃO () NÃO SABE

c. Ardência na garganta? () SIM () NÃO () NÃO SABE

d. Perda de voz ou rouquidão? () SIM () NÃO () NÃO SABE

e. Dor ou aperto no peito? () SIM () NÃO () NÃO SABE

f. Chiado no peito (sibilância)? () SIM () NÃO () NÃO SABE

- g. Falta de ar (dispneia)? SIM NÃO NÃO SABE
- h. Chiado e falta de ar ao mesmo tempo? SIM NÃO NÃO SABE
- i. Tosse persistente? SIM NÃO NÃO SABE
- j. Catarro de cor escura (fuligem)? SIM NÃO NÃO SABE
- k. Convulsão SIM NÃO NÃO SABE
- l. Desequilíbrio SIM NÃO NÃO SABE
- m. Rigidez muscular SIM NÃO NÃO SABE
- n. Formigamento de braços e pernas SIM NÃO NÃO SABE
- o. Náuseas ou vômitos? SIM NÃO NÃO SABE
- p. Tonturas ou dificuldade ao caminhar? SIM NÃO NÃO SABE
- q. Tremores nos pés ou nas mãos? SIM NÃO NÃO SABE
- r. Cansaço? SIM NÃO NÃO SABE
- s. Formigamento SIM NÃO NÃO SABE
- t. Perda de memória? SIM NÃO NÃO SABE
- u. Muita ansiedade? SIM NÃO NÃO SABE
- v. Muita tristeza? SIM NÃO NÃO SABE
- w. Dificuldade para dormir? SIM NÃO NÃO SABE
- x. Apresenta sensação de reviver a tragédia por imagens, pensamentos ou sonhos diariamente SIM NÃO NÃO SABE
- y. Algum outro problema emocional? SIM NÃO NÃO SABE
- Qual?

Observação: caso a resposta a alguma das perguntas o, p, q, r e/ou s for SIM, encaminhe para avaliação pelo protocolo de avaliação psicossocial.

21. Antes do incêndio você era portador de alguma das seguintes doenças?
- a. Asma brônquica? SIM NÃO NÃO SABE
- b. Bronquite? SIM NÃO NÃO SABE
- c. Enfisema? SIM NÃO NÃO SABE
- d. Rinite ou sinusite? SIM NÃO NÃO SABE
- e. Diabetes melittus? SIM NÃO NÃO SABE
- f. Doença cardiovascular ou renal? SIM NÃO NÃO SABE
- g. Infecção pelo HIV? SIM NÃO NÃO SABE
- h. Problemas emocionais? SIM NÃO NÃO SABE
22. Tabagismo
- a) Você fuma ou já fumou no passado (mais de 6 meses atrás)? SIM NÃO

b) Você está fumando agora? () SIM () NÃO

Se responder SIM às questões “a” ou “b”, responder “c”, “d”, “e”, “f”.

c) Que idade você tinha quando começou a fumar? anos. () não se aplica

d) Que idade você tinha quando parou de fumar? anos () não se aplica

e) Quantos cigarros você fumava em média por dia?..... . () não se aplica

f) Quantos cigarros você fuma hoje? () não se aplica

23. Você está ou esteve em contato diário com gases e fumaça:

a. Na sua atividade de trabalho? () SIM () NÃO

b. No interior da sua casa? () SIM () NÃO

c. No ambiente do município onde reside? () SIM () NÃO

Dados sociais

24. Quem ficou ao seu lado oferecendo apoio e conforto no período de tempo entre o incêndio e o momento atual? (responder mais de uma opção, se for o caso).

a. Familiar(es) – pais, irmãos, filhos, tios e outros: () SIM () NÃO

b. Namorado(a), noivo(a) ou cônjuge: () SIM () NÃO

c. Amigo(s) e colega(s): () SIM () NÃO

d. Profissional(ais) de saúde: () SIM () NÃO

e. Bombeiro(s) ou policial (ais): () SIM () NÃO

f. Voluntário(s): () SIM () NÃO

g. Religioso(s): () SIM () NÃO

h. Ninguém apoiou ou confortou: () SIM () NÃO

25. Há modificação recente nas suas atividades rotineiras? () SIM () NÃO

26. Há modificação recente na sua renda pessoal? () SIM () NÃO

27. Você tem mais algum comentário a fazer ou alguma sugestão?

.....

Seguimento

28. Plano (a ser definido pelos clínicos)

a) () acompanhamento de pneumologia

b) () acompanhamento de saúde mental

c) () acompanhamento de fisioterapia

d) () acompanhamento de fonoaudióloga

e) () acompanhamento de oftalmologia

- f) () acompanhamento de cirurgia plástica
- g) () acompanhamento de neurologia
- h) () encaminhamento para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)
- i) () revisão em 30-90 dias
- j) () revisão em 90-180 dias
- k) () alta

Fonte: GUERRA, S. T.; et al. **Protocolos de Atendimento as Vítimas da Boate Kiss**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2016.

ANEXO B – SOLICITAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS - BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

OF. SUBPAS/SES-MG Nº. /2017

Belo Horizonte, 11 de outubro de 2017.

Soeli Terezinha Guerra

Gerente de Atenção à Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM

Assunto: solicitação de apoio técnico e de gestão aos profissionais de HUSM

Prezada Senhora,

Devido ao evento que vitimou 11 pessoas, deixando ao menos 48 feridos no município de Janaúba (Região de Saúde de Montes Claros) uma equipe de gestores e técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) fará nova visita ao município afetado entre os dias 16/10 e 17/10, no intuito de apoiá-los no planejamento e organização da rede de serviços para seguimento dos pacientes. Certos da experiência e preparo técnico dos profissionais envolvidos no atendimento às vítimas do evento Kiss, ocorrido no município de Santa Maria, viemos solicitar apoio do HUSM, de forma presencial, através das seguintes ações e os respectivos profissionais:

Para ações de apoio na gestão dos serviços através de contribuições para elaboração do projeto de ambulatório de seguimento:

- Soeli Guerra (Gerente de Atenção à Saúde do HUSM);
- Vitor Calegari: Médico Psiquiatra.

Ações de assistência: contribuições técnicas em campo na fase inicial pós alta das vítimas diretas e acolhimento das vítimas indiretas através de protocolos específicos:

- Arlete Maria Brentano Timm: Enfermeira;
- Anna Aracy Barcelos Ourique: Fisioterapeuta;
- Marisa Bastos Pereira: Fisioterapeuta: coordenadora do CIAV#.

Ressaltamos que os custos de passagens, diárias e deslocamento para o município de Janaúba serão de responsabilidade da SES/MG. Desde já, agradecemos a solidariedade, presteza e disponibilidade de toda equipe.

Atenciosamente;


Homero C. R. Souza Filho
Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde - SUBPAS/SES/MG
Rodovia Papa João Paulo II, nº 4.143 - Cidade Administrativa - Prédio Minas - 12º andar - Ala Ímpar
(31) 3916.8919 - Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP 31.630-900 - subpas@saude.mg.gov.br

ANEXO C – SOLICITAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FISIOTERAPIA

www.apfisiio.pt



APFISIO
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE FISIOTERAPEUTAS

Pedido de colaboração com a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

Dgma. Equipa do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente

Portugal sofreu um evento devastador no passado fim-de-semana, quando um fogo descontrolado ceifou a vida de largas dezenas de pessoas e causou lesões num número superior a cem. Ainda hoje existe uma vasta região assolada por incêndios e as populações estão expostas aos mais variados riscos, térmicos e químicos.

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO) não pôde ficar indiferente a todo este sofrimento e considera que deve criar uma estrutura de apoio que permita acolher e direcionar os fisioterapeutas que voluntariamente queiram ajudar vítimas de calamidades.

Sabemos que a Confederação Mundial de Fisioterapia tem um conjunto de documentos sobre este assunto, mas temos conhecimento que a Vossa equipa, devido a circunstâncias trágicas, teve uma experiência relevante nesta área. Assim, na sequência do contato estabelecido entre a nossa colega Cláudia Veríssimo, membro do Conselho Diretivo Nacional APFISIO e a Vossa equipa, venho por este meio solicitar a colaboração/auxílio da equipa do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIVA), pertencente ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) à APFISIO, para que nos possa fornecer algum guia/orientação para implementarmos em Portugal de uma estrutura de Fisioterapia com competências para gerir e acompanhar as intervenções de voluntariado e ajuda em situações de desastre e calamidade.

Ficaremos profundamente gratos pelo contributo que puderem dar.

Queiram aceitar os meus melhores cumprimentos,

Emanuel Vital
Presidente do Conselho Diretivo Nacional
da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

Rua João Wilton, 265 A - Universidade Técnica | T: 21 302 91 96 | APFISIO | Presidente do CCFP |  World Confederation

ANEXO D – NORMATIVAS EMITIDAS: PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E RESOLUÇÃO CIB/RS

RECURSOS DESTINADOS AO CUSTEIO DE PESSOAL E INSUMOS CIAVA-HUSM PORTARIA Nº 700 DE 26/04/2013 R\$ 950.000,00 Nº 81, segunda-feira, 29 de abril de 2013		ISSN 1677-7042	33
<p style="text-align: center;">PORTARIA Nº 700, DE 26 DE ABRIL DE 2013</p> <p>Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Rio Grande do Sul.</p> <p>O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e</p> <p>Considerando a Portaria Interministerial nº 22/MS/MEC, de 11 de janeiro de 1993, que dispõe sobre a efetivação de créditos do Sistema Único de Saúde a Hospitais Universitários vinculados ao Ministério da Educação (MEC);</p> <p>Considerando a Nota Técnica nº 825/2013, de 26 de março de 2013, da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade/DAE/SAS/MS, referente à liberação de recursos para remuneração de serviços do Hospital Universitário de Santa Maria (RS);</p> <p>Considerando os Ofícios nº 143, de 27 de março de 2013, e nº 151 de 26 de março de 2013, provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul respectivamente, nos quais o gestor municipal e gestor estadual concordam com a liberação de recursos do Ministério da Saúde ao Hospital Universitário de Santa Maria; e</p> <p>Considerando o Termo de Compromisso celebrado entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, as Secretarias de Saúde e Gestão e Modernização Administrativa do Mi-</p>	<p>niúcio, Economista, Estatístico e Geólogo, regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, integrantes dos Planos de Carreiras e de Cargos referidos em seu Anexo II;</p> <p>Considerando a Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008, que, em seu art. 140, institui sistemática para avaliação de desempenho de servidores de cargos de provimento efetivo e dos ocupantes de provimento em comissão da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;</p> <p>Considerando a Lei nº 11.344, de 8 de setembro de 2006, que, entre outras providências, regulamenta as carreiras da área de ciência e tecnologia;</p> <p>Considerando a Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993, que dispõe sobre o Plano de Carreiras para a área de Ciência e Tecnologia da Administração Federal Direta, das Autarquias e das Fundações Federais;</p> <p>Considerando a Medida Provisória nº 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, que dispõe sobre a criação, reestruturação e organização de carreiras, cargos e funções comissionadas técnicas no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, e que, em seu art. 19, institui a Gratificação de Desempenho de Atividade de Ciência e Tecnologia (GDACT);</p> <p>Considerando o Decreto nº 7.133, de 19 de março de 2010, que regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento de diversas gratificações de desempenho, entre estas a GDACT e a Gratificação de Desempenho de Atividade de Cargos Específicos (GDACE); e</p> <p>Considerando a Portaria Interministerial nº 428/MPOG/MC-TI, de 6 de setembro de 2012, que estabelece os critérios e procedimentos específicos de avaliação individual e institucional e de</p>	<p>At - Comissão de Acompanhamento de Avanço de Desempenho (CAD): comissão responsável por acompanhar o processo de avaliação de desempenho e apreciar, em última instância, o recurso administrativo do servidor, quando se tratar de avaliação de desempenho individual; e</p> <p>XII - Subcomissões de Acompanhamento de Avaliação de Desempenho (SubCAD): subcomissão instituída no âmbito dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, das unidades hospitalares e das entidades e instituições vinculadas ao Ministério da Saúde, que são responsáveis por acompanhar o processo de avaliação de desempenho e apreciar, em última instância, o recurso do servidor, quando se tratar de avaliação do desempenho individual.</p> <p>Art. 4º Os valores referentes às gratificações de desempenho referidas no art. 1º serão atribuídos aos servidores que a elas fizerem jus em função do alcance das metas de desempenho individual e do alcance das metas de desempenho institucional do órgão ou entidade de lotação do servidor.</p> <p>§ 1º As gratificações de desempenho de que tratam esta Portaria serão pagas observado o limite máximo de cem pontos e o mínimo de trinta pontos por servidor, correspondendo cada ponto, em seus respectivos níveis, classes e padrões, aos valores estabelecidos no Anexo VIII-B da Lei nº 11.344, de 8 de setembro de 2006, e no Anexo XIV da Lei nº 12.277, de 2010, conforme o caso, e respeitada a seguinte distribuição:</p> <p>I - até vinte pontos serão atribuídos em função dos resultados obtidos na avaliação de desempenho individual; e</p> <p>II - até oitenta pontos que serão atribuídos em função dos resultados obtidos na avaliação de desempenho institucional, a serem divulgados anualmente pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS).</p>	
Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html , pelo código 00012013042900033		Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.	



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 646/13 - CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a tragédia ocorrida em 27 de janeiro na cidade de Santa Maria e a necessidade de atualização do Protocolo da Atendimento Pneumológico elaborado em fevereiro de 2013;

a necessidade de estabelecer critérios de estratificação de gravidade dos problemas respiratórios e plano de acompanhamento de médio e longo prazo das vítimas;

a necessidade de orientar o plano terapêutico e adequar a disponibilidade de medicamentos para estes pacientes;

a existência de falha terapêutica comprovada através da observação clínica e dos exames subsidiários;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 06/12/13.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Diretriz de avaliação, acompanhamento e tratamento de problemas respiratórios tardios em pacientes vitimados pelo incêndio da boate Kiss em Santa Maria - RS conforme Anexo.

Art. 2º - Autorizar a Secretaria de Estado da Saúde a adquirir os medicamentos para o tratamento das complicações respiratórias previstas nesta Diretriz.

Art.3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 06 de dezembro de 2013.

CIRO SIMONI

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 646/13 - CIB/RS

Diretriz de avaliação, acompanhamento e tratamento de problemas respiratórios tardios em pacientes vitimados pelo incêndio da boate Kiss em Santa Maria, RS

1- INTRODUÇÃO

Esta é uma atualização do Protocolo de Atendimento Pneumológico elaborado em fevereiro de 2013 e que subsidia o atendimento das vítimas da tragédia ocorrida na madrugada de 27 de janeiro de 2013 na cidade de Santa Maria, vitimando 242 pessoas. Esta diretriz atualiza normatização do seguimento dos sobreviventes a (da) tragédia à luz do conhecimento adquirido no atendimento até novembro de 2013.

Aproximadamente 144 pessoas foram internadas, 98 submetidas à ventilação mecânica, a imensa maioria com lesões por inalação **maciça de fumaça** e queimadura das vias aéreas.

Os cuidados respiratórios no atendimento ambulatorial está centralizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com alguns pacientes em acompanhamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). **num total de 340 pacientes**

As recomendações feitas neste documento devem servir de orientação para os profissionais envolvidos diretamente no atendimento.

2 - OBJETIVOS

- a. Estabelecer critérios de estratificação de gravidade dos problemas respiratórios e plano de acompanhamento a médio e longo prazo das vítimas;
- b. Orientar plano terapêutico e adequar disponibilidade da assistência farmacêutica.

3 - EFEITOS RESPIRATÓRIOS TARDIOS

As patologias respiratórias desencadeadas, associadas ou exacerbadas pela exposição à fumaça incluídas nessa Diretriz correspondem aos itens a seguir mencionados, com base na CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10),

3.1. Episódios de exacerbação de rinite e/ou asma brônquica previamente existentes:

- | | |
|-------|-----------------------------------|
| J30.0 | Rinite vasomotora |
| J30.1 | Rinite alérgica devida a pólen |
| J30.2 | Outras rinites alérgicas sazonais |
| J30.3 | Outras rinites alérgicas |
| J30.4 | Rinite alérgica não especificada |
| J31.0 | Rinite crônica |
| J45.0 | Asma predominantemente alérgica |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

4.2.1. Função pulmonar Basal

- Espirometria (Curva Fluxo/Volume e Volume Tempo)
- Oscilometria de Impulso (IOS)
- Espirometria com prova farmacodinâmica
- Teste da caminhada dos 6 minutos

4.2.2. Função Pulmonar Avançada

- Provocação brônquica com Metacolina
- Difusão pulmonar do CO
- Volumes pulmonares

4.2.3. Exames de Imagem

- Radiograma de Tórax (postero-anterior e perfil)
- Tomografia Computadorizada de Alta Resolução do Tórax sem contraste, fases ins e expiratórias.

4.3. Estratificação de Gravidade:

- Grupo A - Assintomático & Exames Normais ou com pequenas alterações
- Grupo B - Sintomático & Exames Normais;
- Grupo C - Sintomático & Exames Alterados (Asma/HRB/Rinite/Bronquite Simples);
- Grupo D - Sintomático & Exames Alterados (Asma de difícil controle ou diagnóstico indefinido): Não definir diagnóstico específico, com foco na persistência dos sintomas, das alterações radiológicas e funcionais e na dificuldade de controle da doença para escalonamento entre os grupos;
- Grupo E - Sintomático & Exames Alterados (Doença das pequenas vias aéreas);
- Grupo F - Sintomático & Exames Alterados (Doença do parênquima/interstício pulmonar);
- Grupo G - Sintomático & Exames Alterados (Outros diagnósticos).

Obs. Para caracterização de anormalidade nos exames de função pulmonar serão utilizados os parâmetros previstos das tabelas adotadas pelos respectivos laboratórios.

5- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Esta diretriz inclui apenas pacientes expostos à inalação de fumaça na catástrofe de 27 de janeiro de 2013 em Santa Maria – RS para avaliação, acompanhamento e tratamento de problemas respiratórios, que necessitam de atenção especializada e são atendidos atualmente nos seguintes serviços de referência: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

6 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes fora do grupo descrito no item 5.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- J45.8 Asma mista
J45.9 Asma não especificada

3.2. Hiperreatividade brônquica (HRB) associada à obstrução de vias aéreas, sem história prévia de broncopatia ou sensibilização (asma " não alérgica" ou "irritativa"):

- J45.1 Asma não-alérgica
J45.9 Asma não especificada

3.3. Estenose de Vias Aéreas Superiores e Vias Aéreas Inferiores de maior calibre, em queimados graves:

- J38.6 Estenose da laringe
J95.5 Estenose subglótica pós-procedimento
T27.0 Queimadura da laringe e traquéia
T27.1 Queimadura da laringe, traquéia com pulmão
T27.2 Queimadura de outras partes do trato respiratório
T27.3 Queimadura do trato respiratório, parte não especificada

3.4. Doença bronquiolar, bronquiolopatia ou bronquiolite constritiva associada ou não a comprometimento do interstício pulmonar:

- J68.3 Outras afecções respiratórias agudas e subagudas devidas a produtos químicos, gases, fumaças e vapores
J68.4 Afecções respiratórias crônicas devidas a produtos químicos, gases, fumaças e vapores
J68.8 Outras afecções respiratórias devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores
J68.9 Afecção respiratória não especificada devida a produtos químicos, gases, fumaça e vapores
J84.1 Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose
J84.8 Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas
J84.9 Doença pulmonar intersticial não especificadas

4 - DIAGNÓSTICO

4.1. Avaliação clínica:

As queixas que devem ser priorizadas na avaliação pneumológica são:

- Tosse
- Expectoração
- Eliminação de fuligem no escarro
- Dispneia
- Sibilância e/ou estridor
- Rouquidão e/ou disфонia
- Fadiga e/ou cansaço

4.2. Exames subsidiários de rotina:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

7 - CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito da doença ou do tratamento em que a relação risco/benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo comitê de especialistas destacados nesta diretriz (item 8).

Se for comprovada a falha terapêutica através da observação clínica e dos exames subsidiários os medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde (RENAME), poderão ser substituídos em regime de exceção pelos seguintes medicamentos:

7.1. Associação/Combinação Corticóide Inalatório com B2-agonista de longa ação (CI + LABA):

- Salmeterol 50 mcg / Fluticasona 250 mcg (Diskus)

7.2. Associação/Combinação Corticóide Inalatório alta dose com B2-agonista de longa ação (CI + LABA):

- Salmeterol 50 mcg / Fluticasona 500 mcg (Diskus)

7.3. B2-agonista de ação ultra longa (U LABA):

- Indacaterol 150 mcg (cápsulas para inalação)

7.4. Corticóide nasal:

- Fluticasona spray nasal 27,5 mcg
- Ciclesonida spray nasal 50 mcg

7.5. Mucolítico:

- N-Acetilcisteína 600 mg (grânulos)

8- COMITÊ DE ESPECIALISTAS

O Comitê de Especialistas constitui-se de um grupo técnico-científico capacitado e qualificado em que se julga necessária a avaliação dos pacientes por motivos de subjetividade de diagnóstico, complexidade do tratamento ou casos especiais (item 7). Esta diretriz destaca os seguintes serviços como membros permanentes do comitê de especialistas:

- Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS);
- Assistência Farmacêutica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM);
- Pneumologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM);
- Pneumologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição/Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC) – componente da Força Nacional do SUS;
- Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA);
- Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais da SES-RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

9- CENTRO DE REFERÊNCIA (CR)

O Centro de Referência (CR) tem como objetivo prestar assistência médica e farmacêutica plena aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) referidos no item 5 desta diretriz, promovendo a efetividade do tratamento e o uso responsável e racional de medicamentos de dispensação excepcional fornecidos pelas Secretarias Estadual da Saúde. O CR pode proceder à avaliação, o acompanhamento e, quando for o caso, a administração de medicamentos nos pacientes.

O Centro de Referência desta coorte de pacientes será o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com apoio do Hospital Nossa Senhora da Conceição/Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC) – componente da Força Nacional do SUS e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais da SES-RS (DCHE/SES-RS).

10- TRATAMENTO, MONITORIZAÇÃO e ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Condutas de acordo com a estratificação diagnóstica:

10.1 Grupo A - Assintomático & Exames Normais ou com pequenas alterações;

- Seguimento: A cada 4 meses em 2014, a cada 6 meses em 2015 e após anual.
- Terapêutica: Nada específico.

10.2 Grupo B - Sintomático & Exames Normais

- Seguimento: A cada 4 meses em 2014, a cada 6 meses em 2015 e após anual.
- Terapêutica: Nada específico.

Sugere-se o uso de broncodilatadores de curta ação conforme demanda e escalonamento para grupo C de acordo com o controle dos sintomas nos moldes das Diretrizes de Asma.

A N-Acetilcisteína 600mg via oral 1-2 vezes ao dia foi usada em alguns pacientes internados e foi mantida ao persistirem com tosse e/ou dispnéia sem outro diagnóstico prévio ao acidente. Em alguns casos observou-se que a introdução da medicação esteve associada a um aumento da eliminação de expectoração com fuligem..

10.3 Grupo C - Sintomático & Exames Alterados (Asma/Rinite/Bronquite Simples)

- Seguimento: A cada 4 meses em 2014, a cada 6 meses em 2015 e após anual. O seguimento poderá ser em intervalos mais curtos na dependência do quadro clínico.
- Terapêutica: Conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Asma (PORTARIA SAS/MS Nº 1.317, 25 de novembro de 2013). Eventuais casos de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) prévia e que tenham seu quadro clínico agravado ou não pelo acidente, serão atendidos conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Portaria SAS/MS Nº 609, 6 de junho 2013).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

10.4. Grupo D - Sintomático & Exames Alterados (Asma de difícil controle ou diagnóstico indefinido)

- Seguimento: A cada 4 meses em 2014, a cada 6 meses em 2015 e após anual. O seguimento poderá ser em intervalos mais curtos na dependência do quadro clínico.

- Terapêutica: Conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Asma (PORTARIA SAS/MS Nº 1.317, 25 de novembro de 2013).

Escalonamento para o Grupo D de acordo com controle inadequado da doença com tratamento dos pacientes alocados no Grupo C – Conforme tabela adaptada das diretrizes de asma já enviada previamente. A critério da Equipe de atendimento a inclusão neste grupo das medicações citadas no item 7, casos especiais.

10.5. Grupo E - Sintomático & Exames Alterados (Doença das pequenas vias aéreas)

- Seguimento: A cada 2 meses até estabilização ou reversão do quadro. O seguimento poderá ser em intervalos mais curtos na dependência do quadro clínico.

- Terapêutica: Manter os tratamentos dos grupos C ou D instituídos, corticoesteróides sistêmicos, macrolídeos e/ou imunossupressores conforme decisão da equipe que acompanha o paciente.

10.6. Grupo F - Sintomático & Exames Alterados (Doença do parênquima/interstício pulmonar)

- Seguimento: A cada 2 meses até estabilização ou reversão do quadro. O seguimento poderá ser em intervalos mais curtos na dependência do quadro clínico.

- Terapêutica: Manter os tratamentos dos grupos C ou D instituídos, a critério do serviço que atende o paciente. A experiência no seguimento dos pacientes que venham a ser enquadrados nesta situação ajudará a no estabelecimento de diretrizes futuras.

10.7. Grupo G - Sintomático & Exames Alterados (Outros diagnósticos)

- Seguimento: A cada 2 meses até estabilização ou reversão do quadro. O seguimento poderá ser em intervalos mais curtos na dependência do quadro clínico.

- Terapêutica: De acordo com o diagnóstico ou situação clínica estabelecida. Estenoses inflamatórias em via aérea superior ou inferior receberão atendimento especializado e individualizado.

Obs. Todos os pacientes dos Grupos B, C, D, E, F e G deverão ser avaliados pelas equipes de fisioterapia.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Abaixo o fluxograma terapêutico farmacológico utilizado no Centro de Referência – HUSM:

NÍVEL DO CONTROLE		AÇÃO
CONTROLADA	↓	
PARCIALMENTE CONTROLADA	↕	Considerar aumentar a dose para atingir o controle
NÃO CONTROLADA	↑	Aumentar etapas até conseguir controle
EXACERBAÇÃO		Tratar como exacerbação

ETAPAS DO TRATAMENTO				
ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
EDUCAÇÃO				
BD de curta ação por demanda	BD de curta ação por demanda			
Opções de medicamentos controladores para as etapas 2 a 5	Selecione uma das opções abaixo <i>Dose baixa de CI</i>	Selecione uma das opções abaixo <i>Dose baixa de CI + LABA</i> Dose média ou alta de CI	Selecione uma das opções abaixo <i>Dose moderada ou alta de CI + LABA</i> Dose moderada ou alta de CI + ULABA	Adicionar um ou mais em relação à etapa 4 Corticoide oral na dose mais baixa possível

BD: broncodilatador; CI: corticoide inalatório; e LABA: *long-acting beta agonist* (β_2 -agonista de ação prolongada).
ULABA: *ultra long-acting beta agonist* (β_2 -agonista de ação ultra prolongada).

11- REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, representada pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), é o gestor responsável pela regulação, controle e avaliação dos pacientes citados nesta diretriz.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

12- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

Esse termo deve acompanhar a prescrição
TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de indicados para o tratamento
da.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo
médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode
trazer as seguintes melhoras:

- controle dos sintomas;
- melhora da qualidade de vida;
- normalização ou estabilização da função pulmonar.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos
adversos e riscos do uso destes medicamentos:

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos, portanto, caso engravide,
devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos:

o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de
outros medicamentos.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim,
comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for
interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o
medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde a fazerem uso
de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

O meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- ().....
- ().....
- ().....
- ().....

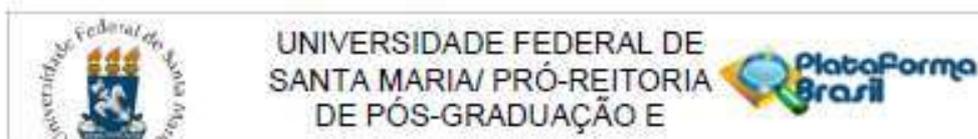


ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

13- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PORTARIA SAS/MS Nº 375, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2009;
2. PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS Volume I, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília - DF, 2010. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde;
3. PORTARIA SAS/MS Nº 1.317, 25 de novembro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Asma. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_asma.pdf
4. PORTARIA SAS/MS Nº 609, 6 DE JUNHO DE 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_dpoc_retificado_2013.pdf
8. Protocolo de Atendimento Pneumológico - CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE - CIAVA. MINISTÉRIO DA SAÚDE - FORÇA NACIONAL DO SUS, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM, GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE;
9. Diretrizes de manejo da asma da sociedade brasileira de pneumologia e fisiologia, 2012. J Bras Pneumol. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46 Abril 2012;

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E DO SEGUIMENTO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL AS VÍTIMAS DE ACIDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA.

Pesquisador: Suzihara Beatriz Soares de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57047016.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.535.211

Apresentação do Projeto:

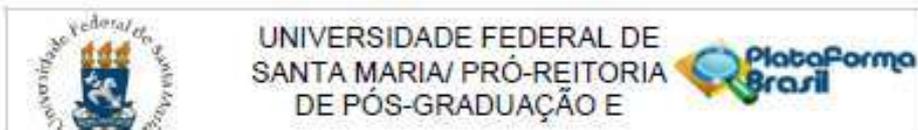
Projeto de tese vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Apresenta como tema a organização de serviços de saúde para a produção do cuidado às pessoas vítimas de desastre. O objeto da investigação é a implementação de serviços de saúde que tem como objetivo a oferta da continuidade do cuidado das pessoas que vivenciaram um desastre. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que terá como sujeitos os gestores e profissionais que tiveram e/ou possuem algum envolvimento com o desastre da Boate Kiss, com aproximadamente 10 participantes em cada um dos dois grupos citados. A coleta de dados será por meio de entrevista semi estruturada. A análise será de conteúdo temática conforme Minayo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar, considerando os princípios e diretrizes do SUS, o processo de organização do serviço e de produção do cuidado no seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da Boate Kiss do Centro Integrado de Atendimento as Vítimas de Acidente, do Hospital Universitário de Santa Maria, nos primeiros três anos de implantação.

Objetivo secundários:

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



Continuação do Protocolo: 1.635.211

- Identificar as estratégias utilizadas pelos gestores e profissionais no processo de organização e seguimento assistencial para os sobreviventes do desastre da boate Kiss que resultou na construção do CIAVA;
- Descrever as facilidades e dificuldades identificadas pelos gestores no processo de organização do CIAVA considerando o objetivo deste serviço em responder aos princípios e diretrizes do SUS;
- Descrever as facilidades e dificuldades identificadas pelos profissionais em relação ao processo de organização do CIAVA e o seguimento assistencial dos sobreviventes acompanhados no CIAVA considerando o objetivo deste serviço em responder aos princípios e diretrizes do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: poderá ocorrer riscos de ordem psicológica durante a realização da entrevista, a qual será interrompida, sendo que o participante contará com suporte dos profissionais do serviço.

Benefícios: Indiretos, em termos sociais e acadêmicos, com a contribuir para a sistematização e divulgação do conhecimento científico, o qual será difundido em formato de tese e artigos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios.

Recomendações:

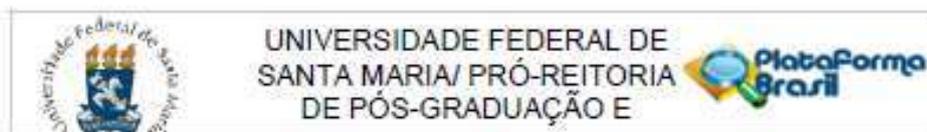
Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No termo de confidencialidade deve constar o endereço postal completo da guarda dos dados.

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES**

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



Continuação do Parecer: 1.635.211

DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_724431.pdf	08/06/2016 23:32:04		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sie.pdf	08/06/2016 22:35:57	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confidencialidade.pdf	06/06/2016 10:12:49	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Outros	Untitled_20160606_091115.pdf	06/06/2016 09:57:06	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	27/05/2016 14:07:20	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	27/05/2016 14:06:47	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	27/05/2016 14:01:41	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_soell_6.docx	27/05/2016 14:00:57	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_20160523_142514.pdf	27/05/2016 13:59:38	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 13 de Julho de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

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

ANEXO E – RELATÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA VINCULADA AO CIAVA



RELATÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA LIGADA AO CIAVA

Artigos publicados

1. TÍTULO: Recursos fisioterapêuticos em paciente queimado: Relato de caso de um sobrevivente do incêndio na boate kiss

REVISTA: UNINGÁ Review (Online)

AUTORES: DACIANO BASTOS LAMBERTI, DANIELLE PATRICIA ARANTES, ANNA ARACY BARCELOS OURIQUE, ANA LUCIA CERVI PRADO.

ACEITO EM 09/04/2014

2. TÍTULO: Role of physiotherapy in the rehabilitation of survivors of the Kiss nightclub tragedy in Santa Maria, Brazil

REVISTA: Physiotherapy

AUTORES: ISABELLA MARTINS DE ALBUQUERQUE, ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO, MARIA ELAINE TREVISAN, MARISA PEREIRA GONÇALVES, ANA FATIMA VIERO BADARÓ, JEFFERSON POTIGUARA DE MORAES, ANA LUCIA CERVI PRADO

Dezembro, 2013

3. TÍTULO: Physiotherapy performance in rehabilitation of survivors of the Kiss nightclub tragedy: a report of experience.

REVISTA: Fisioterapia em Movimento (PUCPR. Impresso).

AUTORES: ISABELLA MARTINS DE ALBUQUERQUE, MARIA ELAINE TREVISAN, ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO, ANA LUCIA CERVI PRADO, MARISA BASTOS PEREIRA, ANA FATIMA VIERO BADARÓ.

2015

4. TÍTULO: Perfil epidemiológico, sinais e sintomas respiratórios de indivíduos que inalaram fumaça tóxica no incêndio da Boate Kiss, Santa Maria, RS, Brasil

REVISTA: ConScientiae Saúde (Online), 2015.

AUTORES: ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO, ISABELLA MARTINS DE ALBUQUERQUE, MARISA BASTOS PEREIRA, ALESSANDRA BETOLAZZI, CARLA PESSOTA, ANA LUCIA CERVI PRADO, MARIA ELAINE TREVISAN, SOELI TEREZINHA GUERRA.

2015

5. TÍTULO: Avaliação da qualidade de vida e associação com níveis de depressão e ansiedade nos sobreviventes do incêndio da boate Kiss.

Revista: Revista Salud(i)Ciencia

Autores: Daiane Alves Delgado, Jéssica de Conto, Adriane Schmidt Pasqualoto, Isabella Martins De Albuquerque, Ana Lucia Cervi Prado, Marisa Bastos Pereira

Pesquisa finalizadas e ou em andamento

Nº Inscrição DEPE: 100/2013

Data: 01/08/2013

Pesquisador: Lisandre Kipper Aguilar

Curso/ Unidade:

Título do projeto: Prevalência de dados clínicos e epidemiológicos das vítimas sobreviventes da tragédia da boate kiss atendidas no mutirão de saúde realizado no hospital universitário de santa maria - rs.

Pesquisador: Vitor Crestani Calegari, Gabriela de Moraes Costa e Angelo Batista Miralha da Cunha

Título do projeto Psicopatologia decorrente de trauma psíquico: um estudo longitudinal com os pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do CIAVA. Autores:

Nº Inscrição DEPE: 100/2013

Data: 01/08/2013

Pesquisador: GRAZIELA MARIA DA SILVA GATTO

Título do projeto: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE LUTO, DESASTRE E EMERGÊNCIA: A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA TRAGÉDIA DA BOATE KISS EM SANTA MARIA/ RS.

Pesquisador: SIMONE MAINIERI PAULON - UFRGS

Título: Função Apoio no Acontecimento "incêndio da Boate Kiss": tecituras e rupturas das redes de cuidado.

Pesquisador: JANDIR PAULI - Faculdade Meridional - IMED

Título: HERÓIS DA FUMAÇA: A OCORRÊNCIA DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO NA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO EM BOMBEIROS QUE ATUARAM NA TRAGÉDIA DA BOATE KISS

Pesquisador: Marinel Mór Dall'Agnol (UFSM)

Título: IDENTIFICAÇÃO DA COORTE DE VÍTIMAS DO DESASTRE EM BOATE DE SANTA MARIA: GERAÇÃO DE UM BANCO DE DADOS ÚNICO.

Pesquisador: Silvana Terezinha Baumgarten (UPF)

Título: Luto em Santa Maria: Estudo da Tragédia sob um viés Sistêmico

Pesquisador: Juliana Maia Borges - INSTITUTO PORTO ALEGRE DA IGREJA METODISTA Título:

MARCAS DA TRAGÉDIA NO COTIDIANO DE UMA SOBREVIVENTE DA BOATE KISS: um estudo de caso

Pesquisador: Helena Carolina Noal - FISMA - FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA LTDA.

Título: Estresse Pós-Traumático em Bombeiros Militares

✓ **Nº Inscrição DEPE: 131/2013** **Data:**
01/10/2013 **Pesquisador:** Taísa Gomes Ferreira

Curso/ Unidade:

Título do projeto: "O papel dos serviços de saúde na identificação e coordenação do cuidado das vítimas de desastre do dia 27 de janeiro de 2013".

✓ **Nº Inscrição DEPE: 128/2013** **Data:**
25/09/2013 **Pesquisador:** José Wellington Alves dos Santos **Curso/ Unidade:**

Título do projeto: Prevalência das alterações na espirometria e oscilometria de impulso nos indivíduos expostos a inalação de fumaça durante incêndio em casa noturna.

✓ **Nº Inscrição DEPE: 019/2014** **Data:** 26/02/2014
Pesquisador: Michele R. Figuera

Curso/ Unidade: Medicina

Título do projeto: Avaliação dos achados neurológicos relacionados à exposição à fumaça tóxica nos pacientes vítimas do incêndio da boate kiss.

✓ **Nº Inscrição DEPE: 149/2013** **Data:** 18/11/2013
Pesquisador: Cintia Franceschini Susin
Curso/ Unidade: Mestrado Prof.

Título do projeto: Alterações na difusão do monóxido de carbono e teste de caminhada de vítimas de inalação de fumaça do incêndio da casa noturna.

Pesquisador: Adriane S Pasqualoto; Isabella Martins de Albuquerque, Marisa Gonçalves, Liana Marchezan e Tainara Paula Vogt

Título do projeto: Influência do treino muscular inspiratório associado ao exercício aeróbico. Situação: finalizado o trabalho de Conclusão do Curso apresentado no Curso de Fisioterapia da UFSM. Artigo a ser submetido para periódicos da área.

Pesquisador: Jéssica De Conto, Adriane S Pasqualoto; Isabella Martins de Albuquerque, Marisa Gonçalves

Título do projeto: Preditores de qualidade de vida de indivíduos que inalaram fumaça tóxica: análise multifatorial

Situação: finalizado o trabalho de monografia, apresentado no Curso de especialização em reabilitação físico-motora.

Pesquisador: Damiana Lima Costa, Adriane S Pasqualoto; Isabella Martins de Albuquerque

Título do projeto: Efeitos Tóxicos da Inalação de Cianeto de Hidrogênio e Monóxido de Carbono: Uma Revisão Sistemática –
Situação: artigo submetido

Pesquisador: Roseane Cardoso Marchiori - UFSM

Título do projeto: Inalação de fumaça tóxica: um estudo longitudinal com os pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia do HUSM

Nome da Instituição: Departamento De Clínica

Médica Cidade: Santa Maria

Pesquisador: Vitor Crestani Calegaro

Título do projeto: Transtorno do Estresse Pós Traumático, Temperamento, Caráter e Resiliência: um estudo sobre fatores associados à psicopatologia após a Tragédia de Santa Maria

Trabalhos Completos publicados em anais de congressos

1. TÍTULO: O Uso de Ventosaterapia na Melhora das Cicatrizes e suas Sequelas pós Queimaduras por Gotejamento de Material Tóxico com Cianeto em Sobrevivente da Boate Kiss – Relato de caso.

AUTORES: ANNA ARACY BARCELOS OURIQUE, ANA LUCIA CERVI PRADO.

EVENTO: Congresso Brasileiro de Queimaduras, Gramado, 2014

Trabalhos que concorreram a premiação

2. TÍTULO: Impacto da reabilitação pulmonar nas alterações respiratórias causadas pela inalação de fumaça em sobreviventes do incêndio da Boate Kiss, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

AUTORES: ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO, ISABELLA MARTINS DE ALBUQUERQUE, ANA LUCIA CERVI PRADO, MARISA PEREIRA GONÇALVES, MARIA ELAINE TREVISAN, BERTOLAZI, A. N. ; GUERRA, S. T. .

EVENTO: XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (SIFR), 2014, Salvador.

Anais do XVII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, 2014.

Palestras proferidas

1. Assistência Fisioterapêutica à Vítimas da Boate Kisss, fase ambulatorial Unilasalle, Canoas, 2013

2. Reabilitação Cardiorrespiratória nas Alterações Tardias após Inalação de Agentes Tóxicos Simpósio de Especialidades em Cardiologia – Fisioterapia do Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul – SOCERGS 2014, Gramado

3. Fisioterapia Aplicada a Prática Clínica em Queimados

XII JOESFI – Jornada de Estudos em Fisioterapia e X Seminário de Socialização dos Estudos em Fisioterapia
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, 2014

4. Fisioterapia na Reabilitação do Paciente Queimados XIX Semana Acadêmica de Fisioterapia UFSM – 2015

5. Aula Inaugural do Curso de Fisioterapia FEEVALE: Atuação Fisioterapêutica nas Vítimas da Boate Kiss - Fase Ambulatorial. 2013.
ISABELLA MARTINS DE ALBUQUERQUE

6. Reabilitação ambulatorial em pacientes queimados e com inalação de agentes tóxicos. 2013. ISABELLA MARTINS DE ALBUQUERQUE

Participação em eventos

1. VIII Encontro Internacional de Fisioterapia Dermato-Funcional, 2014 Apresentação de Trabalho

2. IX Congresso Brasileiro de Queimaduras. Assistência Ambulatorial Multiprofissional ao Paciente com Queimadura na perspectiva da Reabilitação, 2014
ANA LÚCIA CERVI PRADO
ANNA ARACY BARCELOS OURIQUE

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Análise da Organização e do Seguimento Assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria

Pesquisadores responsáveis: Prof^ª Dr^ª Suzinara Beatriz Soares de Lima e
Doutoranda Soeli Teresinha Guerra

Instituição/Departamento: UFSM – Centro de Ciências da Saúde / PPGENF

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-0000 / (55) 99757160. Avenida Roraima, 1000, Hospital Universitário de Santa Maria, Gerência de Atenção à Saúde, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Eu Suzinara Beatriz Soares de Lima, responsável pela pesquisa “Análise da Organização e do Seguimento Assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende analisar, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de organização do serviço e de produção do cuidado no seguimento assistencial dos sobreviventes do desastre da Boate Kiss do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), nos primeiros três anos de implantação.

Acreditamos que ela seja importante porque precisamos sistematizar experiências de cuidado que respondam as necessidades de saúde surgidas em situações de desastres. Sabe-se que os desastres são imprevisíveis quanto ao momento e o local da sua ocorrência, no entanto, a possibilidade de que os mesmos aconteçam demanda que os sistemas e serviços de saúde estejam preparados para garantir o cuidado às suas vítimas.

Para sua realização será feito o seguinte: entrevista com os gestores e profissionais que participaram do processo de organização do CIAVA/HUSM. Sua participação constará de

entrevista, na qual faremos algumas perguntas sobre o processo de organização do CIAVA/HUSM. Tanto as perguntas quanto as respostas terão o áudio gravado.

É possível que aconteçam alguns desconfortos de ordem psicológica. Caso você ache necessário, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e você contará com o apoio da equipe de saúde do HUSM para atendê-lo. Os benefícios que esperamos como estudo são em termos sociais e acadêmicos, pois visa contribuir para a sistematização e divulgação do conhecimento científico, o qual será difundido em formato de tese e artigo.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela equipe de saúde do HUSM.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, ____ de _____ de 2016.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O GRUPO 1
(GESTORES)**

Entrevista para os Gestores (Grupo 1)

Análise da Organização e do Seguimento Assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria.

1. Qual o seu sexo?

- Masculino
- Feminino
- Prefere não declarar

2. Qual a sua idade?

- Até 25 anos
- De 26 a 30 anos
- De 31 a 35 anos
- De 36 a 40 anos
- De 41 a 45 anos
- De 46 a 50 anos
- Acima de 50 anos

3. Qual seu estado civil?

- solteiro (a)
- casado (a)
- divorciado (a)
- viúvo (a)
- união estável

4. Qual o seu grau de escolaridade (mesmo que incompleto)?

- Ensino Fundamental (1º Grau)
- Ensino Médio (2º Grau)
- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

5. Qual a sua participação na decisão da estruturação (criação) do CIAVA?

- Nenhuma
- Parcial
- Total

6. Qual a sua instancia de vinculação?

- Federal

- Estadual
- Municipal
- Da Universidade/HUSM
- Da Universidade/CCS

7. O que motivou a criação deste Centro? Por favor, relate sua participação - estratégias que utilizou, o mais detalhada que puder.

8. Quais facilidades e dificuldades identificadas em relação ao processo de organização do CIAVA e do seguimento assistencial dos sobreviventes acompanhados no CIAVA?

9. Considerando os princípios e diretrizes do SUS, como você vê o seguimento feito pelo CIAVA no tratamento dos sobreviventes do desastre da boate Kiss?

10. Você tem outras questões que gostaria de salientar e que não foram perguntadas?

Muito obrigada por sua participação!

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O GRUPO 2
(PROFISSIONAIS DO CIAVA)**

Entrevista para a Equipe Multiprofissional (Grupo 2)

Análise da Organização e do Seguimento Assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria.

1. Qual o seu sexo?

- Masculino
- Feminino
- Prefere não declarar

1. 2 Qual a sua idade?

- Até 25 anos
- De 26 a 30 anos
- De 31 a 35 anos
- De 36 a 40 anos
- De 41 a 45 anos
- De 46 a 50 anos
- Acima de 50 anos

2. Qual seu estado civil?

- solteiro (a)
- casado (a)
- divorciado (a)
- viúvo (a)
- união estável

3. Qual o seu grau de escolaridade (mesmo que incompleto)?

- Ensino Fundamental (1º Grau)
- Ensino Médio (2º Grau)
- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

4. Qual o núcleo profissional a pertence?

- Serviço Social Fisioterapia Enfermagem Fonoaudiologia
- Medicina/especialidade _____ Psicologia Terapia Ocupacional Nutrição

5. Qual a sua participação na decisão da estruturação (criação) do CIAVA?

- Nenhuma

- Parcial
- Total

6. Qual seu a sua instância de decisão?

- Federal
- Estadual
- Municipal
- Da Universidade/HUSM
- Da Universidade/CCS

7. O que motivou a criação deste Centro? Por favor, relate sua participação - estratégias que utilizou, o mais detalhada que puder.

8. Quais facilidades e dificuldades identificadas em relação ao processo de organização do CIAVA e do seguimento assistencial dos sobreviventes acompanhados no CIAVA?

9. Como você vê a participação do seu núcleo profissional em relação ao processo de organização do CIAVA e do seguimento assistencial dos sobreviventes acompanhados no CIAVA?

10. Considerando os princípios e diretrizes do SUS, como você vê o seguimento feito pelo CIAVA no tratamento dos sobreviventes do desastre da boate kiss?

11. Você tem outras questões que gostaria de salientar e que não foram perguntadas?

Muito obrigada por sua participação!

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do Projeto: Análise da Organização e do Seguimento Assistencial do Centro de Atendimento Ambulatorial às Vítimas de Acidente (CIAVA), do Hospital Universitário de Santa Maria.

Pesquisador responsável: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Doutoranda: Soeli Teresinha Guerra

Instituição/Departamento: UFSM/Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Telefones para contato: (55) 99757160

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão revisados em banco de dados no Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima, analisados e apresentados de forma agregada, e os áudios das entrevistas, transcrições e formulários serão guardados com a orientadora responsável pelo período de cinco anos no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, sala 1302, sendo posteriormente destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13/06/2016, com o número do CAAE 57047016.2.0000.5346.

Santa Maria, 13 de junho de 2016.

Assinatura do pesquisador responsável