

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

**DISPOSITIVOS DE COMPARTILHAMENTO DO
CUIDADO: ANÁLISE FRENTE A UMA SITUAÇÃO DE
CATÁSTROFE**

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

Juliane Caeran

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

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

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

**DISPOSITIVOS DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO:
ANÁLISE FRENTE A UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE**

Elaborado por

Juliane Caeran

Orientado por

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

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

Comissão Examinadora:

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

Ms. Volnei Antonio Dassoler
(SMS – Santa Maria)

Santa Maria, 17 de março de 2014.

DISPOSITIVOS DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO: ANÁLISE FRENTE A UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE*

SHARED CARE DEVICES: ANALYSIS OF A CATASTROPHY SITUATION

Juliane Caeran¹

Amábile Augusta Minato²

Liziane da Silva Moreira³

Vânia Maria Fighera Olivo⁴

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

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

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

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

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

RESUMO:

A construção de um novo modelo em saúde tem por eixos integralidade, intersetorialidade e clínica ampliada. Nessa perspectiva, os dispositivos de cuidado compartilhado, acolhimento e redes de saúde são essenciais para uma melhor atenção em saúde. Em desastres, como o ocorrido em Santa Maria/RS, em que um incêndio vitimou 242 jovens, a existência de um trabalho em saúde alicerçado nesses dispositivos é fundamental. Este artigo teve por objetivo identificar as ações desenvolvidas no cuidado às vítimas e analisar se atenderam a lógica de compartilhamento do cuidado, a partir do trabalho desenvolvido por um grupo de apoio matricial. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de diferentes serviços da rede que prestaram atendimento na situação emergencial e participaram das ações do grupo de apoio matricial. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo, resultando na construção de cinco categorias. Destaca-se que os profissionais ampliaram a visão de cuidado, inseriram ações de saúde mental na rede básica e de apoio, utilizaram-se dos dispositivos de compartilhamento do cuidado, acolhimento e redes. Contudo, passada a situação emergencial houve redução dessas práticas, refletindo a não existência de uma rede integral e organizada.

Palavras-chave: Desastre; Compartilhamento do Cuidado; Integralidade; Apoio Matricial; Redes de saúde.

ABSTRACT:

The construction of a new model in health is to broaden the integrality, intersectoriality and enlarged clinic. In this perspective, the shared care devices, acceptance and health networks are essential for better health care. In disasters, such as the Santa Maria/RS, where a fire killed 242 young people, the existence of a health work based on these devices is crucial. This article aimed to identify the actions developed in the care to victims and examine if it responded to shared care logic, grew out of the work developed by a matrix support group. Semi-structured interviews were conducted with different network services professionals who provided care in emergency situation and participated in the actions of the matrix support group. Data were analyzed based on content Analysis, resulting in the construction of five categories. Stands out that the professionals expanded the vision care, included mental health actions in basic network and support, using shared care devices, sheltering and networks. However, after the emergency situation there was a reduction of these practices, reflecting the non-existence of a full network and organized.

Keywords: Disaster; Shared Care; Integrality; Matrix Support; Health networks.

INTRODUÇÃO

A tradicional organização do sistema de saúde está pautada num modelo biomédico, hierárquico, dividido em níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), os quais não se articulam entre si nem com outros serviços de apoio. Esse formato acarreta complicações, pois distorce a noção de complexidade sugerindo que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário¹. Além disso, nesse sistema, a comunicação entre profissionais e serviços apresenta-se fragmentada, burocratizada e com diferenças de autoridade. Do mesmo modo, as ações de cuidado são desarticuladas e baseadas na lógica de encaminhamentos com transferência de responsabilidade, sendo incapazes de promover a continuidade do cuidado^{2,3,4,1}.

Com vistas a superar esse tradicional modelo, tem-se lutado pela construção de um novo modelo capaz de transformar essa lógica de atuação por meio de práticas alicerçadas na integralidade, nas relações horizontais entre profissionais e serviços, no compromisso ético com a vida, na promoção e recuperação da saúde^{2,4}. Para tanto, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem buscado efetivar dispositivos para consolidar a formação de redes intersetoriais, a integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica^{5,6,7}. Nesse sentido, um dos principais dispositivos trabalhados pela PNH é o compartilhamento do cuidado.

Mas o que significa compartilhar o cuidado? Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa⁸, *Compartilhar* significa “ter parte em, participar de; partilhar com alguém” e *Cuidado* significa “cautela, precaução; inquietação de espírito; diligência; desvelo; imaginado; meditado; expressão usada para pedir concentração ou cuidado em relação a algo = atenção”. Assim, pode-se dizer que “cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atuação, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro⁹”.

O compartilhamento do cuidado está intimamente ligado à integralidade, à clínica ampliada, à interdisciplinaridade e à formação de redes intersetoriais. Os quais, de modo geral, convidam o profissional para integrar diferentes saberes, não limitar os sujeitos às suas doenças, dialogar, trabalhar em equipe, e reduzir a fragmentação do cuidado^{2,6}. Tal contexto constitui-se em um desafio aos serviços de saúde, pois, como afirma Dimenstein³, “a fragmentação das práticas e saberes em saúde, bem como as dificuldades vividas pelos coletivos de trabalho em seu enfrentamento cotidiano está intimamente relacionada ao medo de aventurar-se em direção a algo que abale os valores vigentes, que produza instabilidade”. Nestes termos, para que exista um fazer integrado é necessário que o trabalhador esteja referenciado à equipe, ao serviço, à rede de saúde e que exista reflexão sobre o processo de trabalho¹⁰.

Se as práticas de cuidado compartilhado são importantes para a resolutividade da atenção em saúde, ainda mais o serão em situações emergenciais, pois, segundo Thomé¹¹, além das catástrofes serem potencialmente capazes de desestabilizar o equilíbrio emocional dos sujeitos envolvidos, devido seu acontecimento repentino, estas exigem a realização de ações organizadas e integrais de modo a abarcar a complexidade da situação. Desse modo, o dispositivo de compartilhamento do cuidado será abordado a partir da vivência de uma situação emergencial, caracterizada pelo desastre ocorrido em Santa Maria, oriundo de um incêndio em uma casa de entretenimento, que vitimou 242 jovens e deixou centenas de outros feridos e/ou com graves sequelas. A partir disso, cabe questionar o que essa situação provocou nos trabalhadores? Houve mudanças na produção de saúde?

Buscando contemplar a magnitude dessa lógica, diversas ações em saúde e em saúde mental foram desencadeadas através da mobilização de gestores municipais, regionais, estaduais e federais; Ministério da Saúde; trabalhadores de diversas áreas; residentes multiprofissionais em saúde; apoiadores institucionais da PNH; equipe Médicos sem

Fronteiras; hospitais e voluntários de várias regiões. Devido à excepcionalidade e a grandiosidade do fato, fez-se necessária a criação de um novo serviço na rede para realizar o cuidado à população afetada (serviço de acolhimento), conforme Termo de Compromisso assinado pelos representantes municipal, estadual e federal.

Outro aspecto relevante diz respeito à produção do cuidado, que ocorreu através da formação de Grupos de Trabalho – GTs com enfoque clínico-assistencial e de gestão. Os GTs são dispositivos criados pela PNH com o intuito de promover ações de apoio nos serviços de assistência e de gestão em saúde, de modo resgatar os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde – SUS; promover melhorias no processo de trabalho; e realizar práticas humanizadas e de qualidade em saúde¹². Entre os grupos de trabalho formados, daremos ênfase ao Grupo de Trabalho em Atenção Básica e Redes – GTABR, fundado com o objetivo de realizar apoio matricial às equipes da rede básica e da rede de apoio, para o enfrentamento de demandas relativas à situação de catástrofe, buscando compartilhar o cuidado e viabilizar seu segmento na rede.

Desse modo, o compartilhamento do cuidado mostra-se importante em todos os campos de atenção à saúde, ainda mais em situações de catástrofe, visto que, usualmente, os serviços públicos não estão preparados para realizá-lo segundo os princípios¹³ orientadores do SUS. Além disso, justifica-se o estudo do compartilhamento do cuidado pela sua relevância na produção de novas práticas em saúde, baseadas em ações interdisciplinares e intersetoriais que possibilitem uma rede de atenção à saúde mais resolutiva e integral. Justifica-se, também, pela necessidade de agregar conhecimentos teóricos sobre este tema, observando a restrita publicação na área.

Assim, este estudo tem por objetivo identificar os dispositivos desenvolvidos no cuidado às vítimas e analisar se atenderam a lógica de compartilhamento do cuidado, no contexto do desastre ocorrido em Santa Maria.

MÉTODO

A metodologia empregada no estudo consiste na abordagem qualitativa, descritiva-exploratória. A pesquisa qualitativa possibilita um conhecimento aprofundado da realidade a ser investigada, das comunicações e das relações humanas cuja complexidade, muitas vezes, não é contemplada somente por variáveis numéricas^{14,15}.

Uma pesquisa descritiva visa descrever de modo aprofundado as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência podendo proporcionar novas visões sobre uma realidade conhecida¹⁶. Já os estudos exploratórios buscam familiarizar-se com determinado problema, geralmente pouco explorado, objetivando conhecer mais sobre o mesmo. Habitualmente, utiliza-se entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e levantamento bibliográfico¹⁶.

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

Foram participantes do estudo sete profissionais assim distribuídos: dois das Unidades Básicas de Saúde (UBS); dois das Estratégias Saúde da Família (ESF); um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um do Serviço de Acolhimento 24 horas (SA) e um dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Todos os entrevistados eram do sexo feminino, com idade média de 41 anos e tempo médio de trabalho nos serviços de 33,14 meses. No que diz respeito às profissões, contou-se com a presença de psicóloga, enfermeira, assistente social, técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada que, conforme Minayo¹⁴, consiste em um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois

permite emergir, através da fala, as características que representam determinado grupo em determinado contexto.

A análise qualitativa dos dados obtidos das entrevistas foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, considerada apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde¹⁴. Este tipo de análise compreende a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das falas, almejando interpretá-lo de modo mais aprofundado¹⁴.

Este estudo é oriundo de um projeto guarda-chuva, intitulado “*O Sentido do Compartilhamento do Cuidado em Saúde numa Situação de Atendimento às Vítimas de Desastre por Incêndio*”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, recebendo aprovação sob o parecer nº 338.798, em 22 de julho de 2013. O trabalho considerou a resolução nº 196/96 versão 2012¹⁷ do Conselho Nacional de Saúde, observando as normas éticas de coleta, análise e divulgação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados pesquisados possibilitou a construção de cinco categorias, significativas ao objetivo do estudo, a saber: Ampliação do sentido de cuidado em saúde; Acolhimento como forma de intervenção; Construção da Rede de Saúde; Construção do cuidado compartilhado; Continuidade das ações de compartilhamento do cuidado. Estas estão apresentadas em subunidades na sequência do texto.

Ampliação do sentido de cuidado em saúde

Ampliar a visão do cuidado em saúde é o primeiro passo para a realização de mudanças no modelo de atenção à saúde e nos remete ao princípio da integralidade¹³. Segundo esta lógica, surge a noção de clínica ampliada que, baseada na interdisciplinaridade,

busca discutir sobre a fragmentação do processo de trabalho, exigindo dos profissionais “um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade⁶”. Podemos considerar que, para existir transformação de políticas e práticas institucionalizadas é necessário, antes, refletir sobre novas formas de compreender o cuidado em saúde. Nesse sentido, ao analisar os depoimentos, compreende-se que a catástrofe exigiu respostas para um cuidado mais qualificado em termos de integralidade da atenção. Além disso, demandou às equipes de atenção básica intervenções de saúde mental, prática esta não exercida.

No primeiro momento, para nós foi extremamente difícil, porque a gente se viu diferente em uma situação que nunca tinha vivenciado [...], toda a equipe estava se perguntando o que fazer e quem viria. E isso era uma pauta nas nossas reuniões de muito tempo, porque ficava todo mundo supondo alguma coisa que poderia ser. (P5-CAPS)

Tais reflexões podem ser consideradas como condição essencial para desconstrução do modelo tradicional e sinalização de novas perspectivas de intervenção e produção de saúde, alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS, tendo a clínica ampliada como eixo norteador. Segundo esta perspectiva o princípio da integralidade assume destaque, pois trata da urgência em se corrigir a fragmentação e desarticulação das práticas em saúde, muitas vezes, descontextualizadas das necessidades do sujeito². Nesse contexto, podemos observar que o desastre demandou, efetivamente, uma reflexão entre o vivenciado no cotidiano e o novo demandado, de modo a construir novas perspectivas de intervenção.

O nosso dia-a-dia na unidade, muitas vezes, ele é muita rotina [...] e com essa tragédia mudou um pouco essa nossa visão, parece que ampliou essa nossa visão de cuidado, porque diversificou as nossas intervenções. Por exemplo, quem é da sala de vacinas só fazia vacinas e tiveram que mudar o olhar, ampliar [...] ficaram mais sensíveis ao sofrimento, digamos assim, e observando mais [...]. No programa da mulher a mesma coisa, as pacientes vinham, conversavam e tocavam no assunto, muitas choravam, nós tínhamos que conversar, esperar mais um pouco. Então, nós diversificamos nosso cuidado. (P1-UBS1)

A análise deste fragmento permite compreender que, frente ao contexto vivido, os trabalhadores entrevistados começaram a diversificar a visão do cuidado em saúde quando

conseguiram “olhar” para as necessidades dos usuários de forma integral, ampliando as formas de cuidado para além do aspecto físico, incluindo a dimensão do sofrimento. Do mesmo modo, passaram a internalizar a importância da corresponsabilização na prestação de cuidado. Segundo Erdmann et al.¹⁸, além das competências técnicas atribuídas aos profissionais de saúde, estes devem ampliar suas competências no sentido de se tornar corresponsável pelo estabelecimento de relações produtivas entre os membros da equipe e de outras equipes.

[...] tem a questão de tu sentir que o teu colega está responsável por alguma coisa, da responsabilização do cuidado, e naquela hora deu para vivenciar que aquele colega estava ali para ajudar, tomando essa responsabilidade também para ele. (P6-ESF1)

Nesse sentido, a integralidade do cuidado e a corresponsabilização vão ao encontro da noção de clínica ampliada, a qual busca promover corresponsabilização, relações horizontais de trabalho, interdisciplinaridade bem como considerar os sujeitos em sua singularidade, para além da doença⁶. Ainda que existam práticas e visões tradicionais em saúde no cotidiano das equipes, pudemos observar que a emergência vivenciada acarretou a percepção de um novo fazer em saúde.

Diversificar o cuidado, portanto, envolve tratar das dificuldades refletindo, inicialmente, sobre modelos instituídos a fim de promover novas práticas. Mas para isso é necessário assumir uma nova postura diante do sofrimento do usuário, que muitas vezes passa despercebido por não ser algo físico ou explicitado. É preciso apreender o sentido de acolher o outro, enquanto atitude de estar aberto para escutar o sujeito em sofrimento, a fim de intervir de forma mais qualificada, dimensões estas discutidas na categoria a seguir.

Acolhimento como forma de intervenção

As ações em saúde pautadas na integralidade fazem parte de um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, então, atender às demandas e necessidades dos sujeitos². Considera-se, aqui, a prática da escuta qualificada que, de acordo com a Política Nacional de Humanização, atua como um potencializador dos acolhimentos, pois proporciona momentos de construção de vínculos entre trabalhadores e usuários¹⁹. No enfrentamento desta situação de catástrofe, muitos profissionais compreenderam que é preciso escutar para poder intervir, pois a escuta envolve suporte emocional e acolhimento das demandas dos usuários.

A gente procurou no início fazer a escuta [...] e a gente notou que elas não queriam algo diferente. Elas queriam alguém para se vincular, porque era muita gente passando por elas, e essa família perguntou: 'olha, a gente pode vir outros dias conversar com vocês'? (P5-CAPS)

Desse modo, pode-se compreender que falar de escuta é falar de acolhimento, pois, acolher diz respeito a uma ação de aproximação, de estar em relação com algo/alguém, de modo a potencializar as relações de confiança e compromisso entre usuários e equipes⁵. Além disso, a prática da escuta, enquanto dispositivo de trabalho, possibilitou aos profissionais da atenção básica uma apropriação do campo da saúde mental, enquanto um saber inerente a todas as ações em saúde e em qualquer nível do sistema⁴.

Eu acho que essa situação crítica colocou isso mais claro para os profissionais de saúde [...], também, as visitas do GT e a articulação dos serviços como um todo, tentam reforçar que os serviços consigam fazer uma escuta, prestar atenção na saúde mental dos usuários de saúde, e que não é só os serviços de saúde mental especializados (CAPS) que tem que olhar para a saúde mental. Então, acho que foi uma coisa que esse incidente gerou. (P2-SA)

Podemos observar, a partir desta fala, que a realização de uma escuta sensível oportuniza o questionamento de padrões instituídos como a tradicional fragmentação entre os serviços de saúde e de saúde mental^{3,4}. Considerando isso, os trabalhadores também destacam

a importância de capacitação profissional, pois, muitas vezes, há falta de preparo para identificar e acolher as demandas em saúde mental.

[...] quem não está preparado não percebe que o paciente está em sofrimento mental e acaba achando: 'ah, esse paciente é chato; ele tá vindo todos os dias'. Há um pouco de falta de sensibilidade no profissional, e não sabe lidar com o sofrimento psicológico. (P1-UBS1)

Eu acho que falta capacitação para os profissionais de saúde enxergarem as demandas de saúde mental e poder agir, escutar, poder fazer alguma intervenção que seja relacionada a essa questão de saúde mental. Se não conseguem nem escutar como vão conseguir intervir?(P2-SA)

Através das falas, percebemos que para os serviços serem mais resolutivo frente às demandas psicossociais resultantes de situações emergentes, como as decorrentes deste desastre, se faz necessário que as equipes se apropriem de conhecimentos relativos às prerrogativas da PNH. Entretanto, os serviços que ainda estão organizados de forma convencional, necessitam um repensar imediato sobre seu modo de produzir saúde, ampliando a visão de cuidado, reformulando práticas e capacitando os profissionais conforme as diretrizes da PNH^{12,6}. Tal processo se tornou ainda mais complexo quando os problemas oriundos da catástrofe demandavam alternativas de intervenção intersetoriais, diretriz orientadora do SUS. Ou seja, a construção de cuidado compartilhado implica na análise das redes intersetoriais tecidas no contexto vivido e significadas entre trabalhadores. Temáticas estas, abordadas nas duas categorias a seguir.

Construção da Rede de Saúde

Conforme o Decreto 7.508/2011²⁰, por Rede de Saúde compreende-se o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Contudo, o Ministério da Saúde⁷ adverte que a construção de uma rede não se reduz a oferta de serviços num mesmo território, mas envolve a reflexão sobre o padrão de comunicação estabelecido entre as diversas equipes e

serviços, e qual modelo de atenção e de gestão que está sendo produzido. Salienta, além disso, que a construção de redes tem por base a visão ampliada e a integralidade do cuidado em saúde, os quais dependem da realização de ações intersetoriais. Estas, por sua vez, dizem respeito ao conjunto de relações estabelecidas entre o setor da saúde com outros setores, com a finalidade de desenvolver projetos que alcancem melhores resultados sanitários de modo efetivo, eficiente e sustentável, os quais não se poderiam obter mediante a ação isolada do setor saúde²¹.

A construção de redes de saúde, em uma situação de catástrofe, preconiza que as primeiras medidas a serem tomadas considerem a organização dos serviços de modo intersetorial e com o apoio psicossocial como eixo estruturante na viabilização do cuidado às vítimas²². Assim, a análise dos dados evidencia que, nesse momento de desastre, os serviços depararam-se com a necessidade de (re) organizar a rede de atenção segundo prioridades de intervenção no processo de trabalho.

Primeiro a gente teve que mapear mais ou menos a demanda através de reunião com os agentes de saúde, para ver aonde que era a localização das famílias [...], aí a gente começou a procurar subsídio, [...] acionar a rede [...]. Tinha bastante demanda, mas não tinha para onde encaminhá-las, daí a gente se deparou com esse problema primeiro, inicial. (P7-ESF2)

A análise desse fragmento nos chama atenção para dois elementos relevantes, que evidenciam a lógica de organização destes serviços, impactando nas respostas às demandas emergentes: primeiro a idéia de encaminhamento dos problemas não habituais para outros serviços e, segundo, a inexistência de uma rede de saúde articulada para responder imediatamente aos agravos diagnosticados. Ou seja, a corresponsabilização, analisada na unidade anterior, novamente se mostra frágil quando se aprofunda o significado de atuar em rede de saúde.

A nossa maior dificuldade foi se questionar 'o quê que nós vamos oferecer para essas pessoas, como que nós vamos oferecer, onde encaminhá-los'. Então, quando isso já começou

a ficar estabelecido foi mais fácil para nós nos organizarmos, porque no início nós não sabíamos onde eles pegariam medicação, onde eles teriam a reabilitação. Nós tínhamos as dúvidas. Eles vinham com dúvidas e nós também tínhamos. (P1-UBS1)

O fragmento torna explícita a fragilidade dos serviços de saúde e a necessidade premente de oferta de um novo serviço que desse suporte imediato às equipes de saúde bem como aos usuários, denominado, na época, “Serviço de Acolhimento 24 horas”. Este teve contribuição teórica da PNH^{12,6,7} e respaldo jurídico no Termo de Compromisso, pactuado entre Ministério da Saúde, Estado, Município e Universidade Federal de Santa Maria. O impacto desta modalidade de intervenção pôde ser observado nos fragmentos apresentados na sequência deste texto.

O acolhimento, aquele que foi montado especificamente, era nosso socorro, sempre foi nossa referência. (P4-CRAS)

Eu acho que esse serviço, inicialmente, foi um conjunto de serviços, porque ele surgiu a partir do desastre, [...], no intuito de dar esse apoio às famílias, aos sobreviventes [...], abrangendo a população em geral que de alguma forma se sentia afetada por isso que aconteceu. Se prestava essa atenção, também, aos cuidadores, às pessoas que tinham trabalhado no resgate: bombeiros, militares, profissionais da saúde. (P2-SA)

Ao considerarmos as colocações sobre apoio feitas por Campos e Domitti²³ e pelo Ministério da Saúde⁴, percebemos que a estruturação deste serviço efetiva-se como complemento à rede básica no sentido de que há necessidade de existir estruturas de apoio numa rede, atuando de modo intersetorial e complementar e não apenas orientadas pelo sentido de encaminhamentos, conforme identificado em fragmentos anteriores. Nestes termos, a análise dos dados evidenciou que medidas organizacionais foram adotadas para evitar a reprodução dos modelos convencionais, nesse contexto, através da implantação do serviço de apoio matricial⁴. As ações de apoio visavam integrar serviços de saúde mental e serviços de atenção básica sendo operacionalizadas através da criação do Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes – GTABR.

De acordo com o Ministério da Saúde¹², um GT constitui-se em um grupo de trabalho organizado, participativo e democrático, que busca intervir na melhoria dos processos de trabalho em saúde e no resgate dos valores de universalidade, integralidade, equidade. Para algumas equipes as visitas de apoio do GTABR aproximaram saúde básica e saúde mental, bem como causaram mudanças na percepção do trabalho em saúde.

Para nós foi diferente porque foi uma novidade, [...] e eu acho importante porque não fica a unidade só, tem esse link com a rede de cuidado de saúde mental, que parece que é tão isolado [...] e isso ampliou nossa visão do pessoal da saúde mental. Isso pra nós foi bem importante. (P1-UBS1)

[...] os que puderam assimilar, com certeza, puderam mudar alguns procedimentos, aprender muito mais e continua ainda hoje, porque toda essa ação do matriciamento vem dessas intervenções. Chegaram aqui nos fortaleceram para fazer, implementaram esse serviço a partir da tragédia, disponibilizaram o pessoal nas estratégias fazendo o apoio, e hoje a gente tá aí com toda uma linha bem diferenciada de trabalho. (P5-CAPS)

Outras equipes, contudo, relataram necessidade de maior contato entre o grupo de apoio especializado com os profissionais da rede, para que houvesse a possibilidade de alguma mudança ser vivenciada, como apresentado na fala a seguir:

Acho que necessitaria mais contato para talvez trazer retorno na unidade, para mexer com os funcionários, com a unidade em si, acho que teria que ter um pouco mais.(P3-UBS2)

O fragmento reforça a necessidade de sistematização e continuidade das ações de apoio, no sentido de viabilizar elementos para que as equipes consigam se autossustentar. Em outros termos, o apoio em saúde é uma metodologia de trabalho que envolve o estabelecimento de pactuações entre apoiadores e apoiados para que possa ser concretizado, tais como: estabelecimento dos encontros periódicos e emergenciais entre as equipes; definição de responsabilidades; construção de linhas de intervenção; e a elaboração de ações a serem realizadas²³.

Frente ao exposto, podemos considerar que a formação de uma rede intersetorial articulada, integrada e em comunicação é essencial para a realização de respostas efetivas aos problemas de saúde e, em especial, aos agravos decorrentes de uma catástrofe. Entretanto, os dados ainda apontam que não é suficiente, apenas, que os profissionais apresentem atitudes de reflexão e interesse de mudança de práticas. Há necessidade de um efetivo processo de gestão que viabilize a estruturação de novos modelos de atenção em saúde pública. Assim, a tentativa de construção de novas práticas de compartilhamento do cuidado em saúde deve ter suporte institucional a fim de que se transforme em ações diárias nas unidades, resultando em ações de caráter específico e sistemático. A temática do compartilhamento do cuidado será abordada na categoria seguinte.

Construção do cuidado compartilhado

A construção de arranjos de gestão integrados, com a corresponsabilização entre os diferentes sujeitos envolvidos, implica compreender que trabalhar de forma compartilhada é “infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual⁶”. Pois, por mais complexo que possa ser um serviço de saúde, sozinho não conseguirá realizar uma atenção integral, sendo necessário um conjunto de serviços, profissionais e saberes integrados para que se possa conquistar melhores resultados⁷.

Porque o CAPS tem suas limitações, chega um momento que a gente esgota as possibilidades [...], o outro serviço é meu parceiro ele pode estar nesse momento comigo eu acho que isso é a realização do trabalho, as trocas. (P5-CAPS)

A gente sabe que eu sozinha, como assistente social, eu não sei nada, mas eu tenho que me agregar aos meus colegas, aos outros profissionais, acho que é essencial, eu sou totalmente a favor do cuidado compartilhado com os profissionais. (P4-CRAS)

A partir das falas, percebemos que reconhecer as limitações dos serviços e dos saberes de cada profissão, bem como a impotência de se trabalhar de modo uniprofissional e

setorializado, são condições para ampliar a clínica. A busca por novos conhecimentos e novas práticas, na perspectiva de cuidado compartilhado, é comumente viabilizada por meio de discussões sobre casos clínicos, ensaios de projetos terapêuticos singulares (PTS) e ações de apoio matricial^{6, 4, 23}. Com a análise dos dados é possível identificar que as ações decorrentes de uma equipe de apoio matricial, como o GTABR, viabilizaram a integração entre equipes de atenção básica e de assistência social com equipes especializadas, condição essencial para qualificar as ações de cuidado compartilhado às vítimas da catástrofe.

Eu acho que a questão do apoio matricial é o que concretiza essa função de as pessoas conhecerem, saberem que os serviços existem; conhecer alguém; conhecer como funciona o serviço. E eu acho que conhecer pessoalmente a partir, por exemplo, das visitas nos territórios, faz nascer algo ali que é uma maior corresponsabilização. (P2-SA)

[...] teve um dia que a gente discutiu um caso, foi muito interessante [...], tinham algumas colegas que não são propriamente da área da saúde mental [...]. Então, nesses momentos de discussão de casos a gente aprende muito, além de achar possibilidades, a gente aprende um monte, acho que isto já é uma prática do CAPS toda intervenção tem uma discussão. (P5-CAPS)

A interpretação das falas nos indica que, nessa situação, o cuidado compartilhado entre a rede básica e os serviços de apoio especializados ocorreu especialmente através da realização do apoio matricial, o qual “se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações²⁴”. Ou seja, no âmbito da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica estão relacionados à capacidade de construção coletiva e horizontalizada, na qual diferentes profissionais e saberes se aproximam, trocam e rompem com práticas fragmentadas⁷. Entretanto, o sentido de cuidado compartilhado num contexto de desastre pode fragilizar-se se não houver continuidade das ações, via fortalecimento de redes intersetoriais, no período pós-emergencial, conforme analisado na última categoria a seguir.

Continuidade das ações de compartilhamento do cuidado

A institucionalização de novos modelos de atenção implica, entre outros elementos, na continuidade do desenvolvimento das ações propostas, que no contexto analisado se referem ao compartilhamento do cuidado^{6, 7, 4, 24, 11}. Entretanto, com a análise dos dados identifica-se a fragilidade em torno deste processo visto que as ações de compartilhamento do cuidado e do GTABR foram mais intensas no período do desastre, diminuindo com o passar do tempo embora ainda se façam presentes.

Nós continuamos com algum estado de alerta, mas eu acho que as coisas foram se acomodando. É... eu noto que não se fala tanto, não se observa tão bem quanto antes o que pode acontecer, os pacientes... (P1-UBS1)

[...] eu não posso fantasiar que continuou como no início. Depois, quando muitas vezes se ligou pra encaminhar pessoas, as possibilidades foram diminuindo [...] já não era mais aquilo, tu não tinha resposta. Então, de imediato houve retorno, mas depois não mais foi feita essa integração de todo mundo junto. (P4 - CRAS)

A partir das falas, cabe nos questionarmos sobre o porquê da redução das ações de compartilhamento do cuidado passada a situação emergencial, uma vez que essas ações não são exclusivas de períodos de crise, mas deveriam fazer parte do cotidiano das equipes. Nesse sentido, os profissionais apontam alguns fatores que, muitas vezes, podem vir a dificultar a articulação da rede e desestimular o profissional a compartilhar o cuidado. Um desses fatores está relacionado a questões estruturais, como transporte e recursos humanos, que acaba por dificultar algumas ações:

[...] nós esbarramos numa situação, nós não temos o carro, vamos dizer assim, suficiente para fazer esses acompanhamentos. Tu depende de ter um carro do teu serviço que vá, nós disponibilizamos de um carro, meio turno por semana. (P4 – CRAS)

[...] é muito longa a fila de espera, a demanda, isso vale para todos os usuários, não só para os quais nós atendemos da tragédia, mas para todos, falta profissionais [...]. (P4 – CRAS)

Outros dois fatores apontados são a valorização dos contatos de rede pela gestão e aplicação dos dispositivos de humanização.

Às vezes, eu percebo que a questão do atendimento mais individualizado e a quantidade de atendimentos estão sendo mais valorizadas do que uma interlocução com a rede. E essa questão do contato com os serviços seja por telefone, ou indo lá, ou uma conversa com um profissional de outro serviço que vem aqui, isso não é contabilizado. Então, às vezes, existe essa questão, também como visão de gestão, mais quantificável da produtividade do serviço. (P2-SA)

Acho que faltou, acho que falta isso, um pouco mais de humanização no sistema, na rede mesmo pros funcionários. (P3-UBS2)

Percebe-se, então, que ainda não há indícios de uma institucionalização das novas práticas desenvolvidas, visto a fragilidade no processo de cogestão entre todos os segmentos envolvidos. A não sustentação dessas práticas emergenciais poderá acarretar consequências na continuidade do cuidado prestado às vítimas diretas e indiretas, bem como na atenção à saúde de modo geral. Para Severo e Seminotti¹⁰, a falta de diálogo e reflexão entre as equipes profissionais é o que favorece a repetição de práticas fragmentadas, podendo gerar no trabalhador e no usuário sentimentos de dissociação e desagregação, uma vez que o discurso é sobre integralidade, mas o agir encontra-se fragmentado. Em relação a isso, os profissionais observam a necessidade de manter discussões compartilhadas para que seja possível construir uma rede de saúde articulada.

[...] se não se tem uma rede articulada para dar conta disso, para poder enxergar as consequências desse incidente crítico no município, a saúde como um todo tende a piorar. Então, acho que é essencial ter esse cuidado a longo prazo. (P2-SA)

Acho necessário, acho que precisa muito (discussão conjunta). Não só naquele choque, eu acho que precisa. (P3-UBS2)

[...] só vai ser possível se a gente conversar, o que a gente não consegue, na verdade falta um pouquinho da rede. (P6-ESF1)

Observando o exposto, podemos analisar que há necessidade de continuidade das ações iniciadas no período de emergência, para que de fato venha a se concretizar um trabalho em rede e um compartilhar cuidados cotidianamente. Para tanto é essencial reconhecer a importância da educação permanente em saúde, pois, conforme Ceccim e Ferla²⁵ “somos provocados a pensar a Educação Permanente em Saúde como processo de formação, acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de ‘perguntação’ e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas”. Desta maneira, a educação em saúde, através da prática ensino-serviço e do pensar crítico-reflexivo, possibilita reavaliar os sentidos das práticas produzidas em saúde e promover mudanças na melhoria da atenção^{26,25}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho, o qual teve por objetivo identificar as ações desenvolvidas no cuidado às vítimas e analisar se atenderam a lógica de compartilhamento do cuidado, pôde-se observar que o advento da catástrofe exigiu intervenções afinadas aos Princípios e Diretrizes do SUS, colocando em questão as tradicionais práticas e fragmentação do cuidado entre os serviços. Ou seja, convocou os profissionais a um processo de reflexão e reelaboração das práticas vivenciadas nos cotidianos dos serviços de saúde pública, considerando o compartilhamento do cuidado e a organização de redes intersetoriais. Além disso, constatou-se a viabilidade dessas novas práticas para a construção de um cuidado integral e de melhores condições na saúde.

Identificou-se a importância das ações de apoio matricial para viabilizar esses processos de mudança sendo, nesse contexto, operacionalizadas por um grupo especializado de trabalho em Atenção Básica e Redes – GTABR. O contexto de crise viabilizou, ainda, organização de ações de base intersetorial, tendo a clínica ampliada e a integralidade como

eixos orientadores, impactando, pelo menos momentaneamente, numa nova percepção sobre o processo de saúde, considerando a dimensão do sofrimento emocional e a importância da realização dos dispositivos de acolhimento/escuta, compartilhamento do cuidado e redes intersetoriais.

Contudo, passada a situação emergencial, os trabalhadores observaram redução das ações realizadas nessa perspectiva, o que reflete a fragilidade da rede; os problemas estruturais e de gestão; e a fragmentação das práticas. Ou seja, as novas práticas ainda não foram de fato implementadas. Tais análises indicam a necessidade de Educação Permanente em Saúde e a relevância dos serviços refletirem suas ações cotidianamente, de modo que a prática do trabalho em rede e do compartilhamento do cuidado possa ser um contínuo das equipes, e não uma prática despertada por catástrofes como esta.

Por fim, enquanto pesquisadores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, que integrou as ações de compartilhamento do cuidado pelo GTABR, este estudo possibilitou, de um modo geral, compreender a relevância da formação profissional para atuar efetivamente na estruturação dos serviços de saúde numa perspectiva integral de atenção. Também, observamos que esses programas ocupam uma função essencial na organização da rede ao questionarem práticas instituídas e estimularem profissionais à realização de novos modelos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2):335-342.

3. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.* 2009; 18(1):63-74[p.73].
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental* [Dulce Helena Chiaverini (Organizadora)]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde.* 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009a[p.21;15].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.
8. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [dicionário na internet]. 2008. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>
9. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.* 16 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999[p.33].
10. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 1685-1698.
11. Thomé JT. *Intervenção em desastres e catástrofes no contexto da saúde mental: cartilha de capacitação do estado de Santa Catarina em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP.* Florianópolis; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio.* 3ª ed. Brasília; 2006c.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Flick U. *O desenho da pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4ª ed. São Paulo: Ed. Atlas; 2002.
17. Brasil. Resolução CNS 196/96 versão 2012 [Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012]. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

18. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3):483-91.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
20. Brasil. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Este Decreto regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação. *Diário Oficial da União* 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
21. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva, WHO: Draft; 2007. Apud: Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. IASC. Comité Permanente entre Organismos. *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. [Versión Resumida]. Ginebra: IASC; 2009. Disponível em: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>
23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
24. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; 14(1):129-138[p.130].
25. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde* 2009; 6(3):443-456[p.453].
26. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface, Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16):161-77.

Colaboradores:

J Caeran participou de todas as etapas da pesquisa e do artigo. AA Minato participou de todas as etapas da pesquisa. Moreira, LS participou de todas as etapas da pesquisa. VMF Olivo trabalhou na orientação da pesquisa e do artigo final.