

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ADRIANA DE CASTRO RODRIGUES KRUM

**GESTÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
“O QUE NÃO VIMOS E NEM OUVIMOS”**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ADRIANA DE CASTRO RODRIGUES KRUM

GESTÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

“O QUE NÃO VIMOS E NEM OUVIMOS”

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

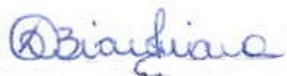
Profa. Orientadora: Bianca Cristina Ciccone Giacon

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **GESTÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: “O QUE NÃO VIMOS E NEM OUVIMOS”** de autoria do aluno **ADRIANA DE CASTRO RODRIGUES KRUM** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.



Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega
e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

DEDICATÓRIA

Santa Maria : A Cidade que Sorri

Meu monumento estradas e trilhos
Minha saudade este tempo que vai
Este cerrito
Estes montes me guardam
E ainda guardam se um dia eu voltar pra ti
Santa Maria me guarde estes montes
Que em suas fontes há som de oração
Santa Maria da Boca do Monte
Pra ti meu canto, acalanto e canção...
Sol na praça presidente, quente é teu calor
Muita banda na varanda e na orelha um cobertor
Tanta vida diferente, tanta gente vem e vai
Incerteza de quem entra, mas saudade de quem sai...
Tchau na estação quem ainda não deu
Não entendeu quem lá vai quem já vem
Triste é sentir virar som de saudade quando vai longe o apito do trem
Santa Maria, Maria da graça, doce menina, Maria Fumaça
Verde tão verde tão cheia de si
Que da vontade de cantar pra ti
Beto Pires

AGRADECIMENTOS

A minha família, Airton, Jayme, João (Filhos) e Clandio (esposo), minha razão de viver, pois possibilitaram minha atuação integral nas ações profissionais para atuar neste trabalho na atenção psicossocial.

Aos colegas, Gilson e Volnei, a presença profissional e amiga foi fundamental na minha vida e na construção do cuidado.

Aos colegas da Secretaria de Saúde que não poderei nomear todos neste espaço, mas agradeço por estar ao lado de vocês na saúde de Santa Maria.

A todos os trabalhadores voluntários, a presença do Estado e Ministério da Saúde, Médicos sem Fronteira, Cruz Vermelha, entre outros a presença de vocês potencializaram e nos proporcionaram a construir novos caminhos.

A Dra. Anny Gündel Desconzi, Procuradora Geral do Município pela confiança.

Ao Povo Santamariense, por nossa razão de existir.

A orientadora Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon, que soube acolher uma proposta de trabalho no pouco tempo que lhe coube, pelas correções e incentivos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. A CIDADE DE SANTA MARIA.....	03
2.1 A REDE DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	04
3. O EVENTO E AS INTERVENÇÕES IMEDIATAS NA REALIDADE.....	06
3.1 AS AÇÕES IMEDIATAS – O PROCESSO DE ESTRUTURA DE ACOLHIMENTO NO CENTRO DESPORTIVO MUNICIPAL.....	06
3.2 AS AÇÕES PSICOSSOCIAIS.....	08
4. DISCUSÃO.....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
6. REFERÊNCIAS.....	18

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Panorama do fluxo de cuidado.....	11
Figura 2. Linha do tempo do Cuidado.....	14
Figura 3. Rede de Cuidado em Saúde Mental Pós Catástrofe.....	15

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Processo de Trabalho no Centro Desportivo Municipal.....	07
Quadro 2. Atendimento da Atenção Psicossocial (Fase 1 e 2).....	12
Quadro 3. Atendimento da Atenção Psicossocial (Fase 3).....	13

RESUMO

A Gestão do Cuidado na Atenção Psicossocial - APS é um desafio constante nas agendas dos municípios, nas ações intersetoriais, no processo de trabalho das equipes de saúde e na sociedade contemporânea. Este trabalho retrata a experiência da construção do cuidado emergencial do atendimento em saúde às vítimas de uma catástrofe na cidade de Santa Maria - SM, Rio Grande do Sul, Brasil. O Evento ocorreu em uma boate, em 27 de janeiro de 2013, que deixou 242 mortos e mais de uma centena de jovens vítimas do incêndio que requereu atendimento de urgência pré-hospitalar, hospitalar e APS aos familiares. Metodologicamente foram constituídos diferentes grupos de trabalhos para o atendimento das inúmeras demandas que emergiam. Tais como na atenção pré-hospitalar e hospitalar e na APS foram constituídos 7 grupos de trabalho pelo município. Os profissionais da área da saúde de Santa Maria não tinham expertise em desastres e a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) foi fundamental para qualificar o cuidado com as vítimas, bem como a orientação dos médicos sem fronteiras na APS. A APS do município estruturou-se para o cuidado aos familiares, sobreviventes e da comunidade no intuito de reduzir o estado de estresse, na perspectiva da superação do momento de crise e na elaboração do processo de luto. Neste trabalho faremos um recorte de como a Coordenação da Política de Saúde Mental estruturou e coordenou junto com os diversos atores o processo de trabalho nos primeiros 30 dias.

1. INTRODUÇÃO

Frente à história do contexto de saúde no Brasil podemos relatar que seu processo de estruturação foi complexo, principalmente em função da sua extensão territorial, miscigenação, colonização, interesses públicos e privados, entre outros. Entretanto, com a instituição da Constituição Federal de 1988, se legitima a formulação de uma política de saúde, instituindo a partir da lei nº 8.080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território brasileiro (BRASIL, 1988).

Para o seu fortalecimento, a partir de sua publicação, houve a construção de diversos decretos, normativas, orientações e leis para assegurar que a União, Estados e Municípios tenham a garantia e as possibilidades de desenvolver ações para saúde dos brasileiros. Dessa maneira, inicia-se, em todos os estados brasileiros e seus municípios, um processo de organização e ressignificação de gestão para operacionalizar e formar de uma maneira resolutiva uma saúde baseada nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização, regionalização, equidade de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

Neste contexto, surge uma nova exigência para a formação dos profissionais de saúde, ou seja, uma formação baseada pelos princípios do SUS e direcionada para a atuação nas diversas redes de cuidados necessários, principalmente para que esses profissionais fossem capacitados para implementar, gerenciar e operacionalizar este novo sistema de saúde que se formava (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Segundo Puccia (2007), no momento em que foi implantado esse novo modelo de gestão e sistema de saúde no Brasil, percebeu-se a necessidade da participação ativa dos enfermeiros para a viabilidade de sua consolidação. Isto porque em seu contexto a enfermagem entendida como prática social, e exercendo a sua autonomia, auxiliaria na superação da crise.

Para tanto, está proposto pelo SUS, o papel do enfermeiro e sua atuação como assessor em saúde coletiva. Neste sentido, essa assessoria e atuação poderá ser desenvolvida no âmbito das ações específicas da enfermagem, como também daquelas relacionadas à saúde da coletividade, seja no nível de gestão do SUS ou no nível da atenção à saúde (PUCCIA, 2007).

O enfermeiro, em nível de assessoria na gestão do SUS, poderá realizar assessoria direta aos gestores de saúde (secretários municipais de saúde, secretários estaduais e até ministro da saúde), na formulação, planejamento e avaliação política de saúde e de recursos humanos,

modelos de atenção, e na representação nas instâncias colegiadas de decisão do SUS, com o objetivo de discutir os problemas e elaborar propostas para o aperfeiçoamento do sistema de saúde nos seus diferentes níveis. Em relação à assessoria da atenção à saúde, corresponde à assessoria interna, prestada às equipes das áreas responsáveis pela atenção à saúde, mais especificamente voltadas à elaboração e a execução dos programas de saúde (PUCCIA, 2007).

Em relação a organização da assistência à saúde mental, "cada vez menos se busca separar a saúde física da saúde mental" (AMARANTE, LANCETTI, 2007). Ou seja, atualmente estamos inseridos em uma sociedade com intensas transformações tecnológicas, farmacêuticas, industrialização, mudanças no mercado do trabalho, culturais, questão de gênero, entre outros. Neste contexto, nos últimos 24 anos, concomitantemente com a instituição do SUS, o cuidado à saúde mental tem passado por um processo de mudança de concepção histórica, na forma de perceber os transtornos mentais, o tratamento clínico, o uso abusivo de drogas, a violência psicológica, as pessoas que sofrem angústias profundas, como ansiedades, medos, a hospitalização, entre outros. Neste sentido, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial – (RAPS) (BRASIL, 2013).

A RAPS proporciona a construção de uma linha de cuidado na atenção psicossocial, pois, de acordo com a política do SUS, uma região de saúde deve conter no mínimo ações e serviços de atenção psicossocial para ser constituído (BRASIL, 2011a). Portanto, para a garantia do cuidado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, a RAPS é constituída por vários componentes de rede (atenção básica, centro de atenção psicossocial, urgência e emergência, residência terapêutica, entre outros) que devem estar interligadas pelos processos de trabalho e ações intersetoriais (BRASIL, 2013).

Nessa nova proposta de assistência do cuidado em redes, é exigido dos profissionais de saúde um conhecimento teórico – prático para a condução de um processo que atenuo o sofrimento, mas que produza uma atenção de cuidado organizada, efetiva e resolutiva na gestão da atenção em saúde mental (BRASIL, 2011a).

Em 27 de janeiro de 2013, um incêndio em uma boate noturna, transformou a vida de uma cidade Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul. Com o incidente, que proporcionou 242 mortes de jovens que estavam presentes na boate, e deixou mais de uma centena de jovens

fragilizados do incêndio, várias redes de saúde, como de urgência e emergência, pré-Hospitalar, Hospitalar e atenção psicossocial e reabilitação, foram acionadas.

A experiência de catástrofes no Brasil fica restrita a desastres naturais, sendo o evento ocorrido em Santa Maria à segunda ocorrência registrada desta natureza no país. O órgão responsável para atuar neste tipo de situação foi instituído no Decreto N° 7.616, de 17 de Novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS (BRASIL, 2011b). Na atenção psicossocial a referência de gestão ocorreu através da política de saúde mental instituída pela RAPS, Política Nacional de Humanização e seus dispositivos, pela orientação dos Médicos Sem Fronteiras e a Cruz Vermelha Brasileira. Cabe ressaltar que neste momento a política de saúde mental do município estava sendo conduzida por uma enfermeira.

Neste trabalho, será apresentado um relato de experiência referente à Gestão da Política de Saúde Mental no cuidado da Atenção Psicossocial, referente ao cuidado emergencial do atendimento em saúde mental às vítimas sobreviventes deste evento.

2. A CIDADE DE SANTA MARIA

Em 1777, os reinos de Espanha e Portugal firmaram um convênio denominado Tratado Preliminar de Restituições Recíprocas, destinado a demarcar os limites entre suas possessões. Com este objetivo uma comissão mista hispano-portuguesa atingiu, em 1787, o território onde hoje constitui o Município de Santa Maria. Dotado de uma boa posição geográfica, com excelentes pastagens e terras propícias a culturas de cereais, o povoado prosperou e já em 1812, era curato, sob a invocação de Santa Maria da Boca do Monte. A base econômica do município é representada essencialmente pelo setor (prestação de serviços), respondendo por mais de 80% dos empregos da população economicamente ativa da cidade. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Santa Maria é 0,784, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,124), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,163), seguida por Longevidade e por Renda (BRASIL, 2008).

Os serviços públicos federais são constituídos pela Universidade Federal de Santa Maria, pelas Unidades Militares (Exército, Aeronáutica), por uma escola de formação militar e por 11 quartéis. Santa Maria constitui o segundo centro militar do Brasil, ficando atrás somente do Rio de Janeiro. As instituições particulares de ensino, como a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), o Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), a Faculdade Metodista (FAMES), as Faculdades Palotinas (FAPAS), a Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) e a Faculdade de Direito de Santa Maria (FADISMA), além de um grande número de escolas de Ensino Fundamental e Médio, contribuem de forma significativa pela economia do município. Este meio acadêmico proporciona a vinda de muitos estudantes para Santa Maria, sendo também chamada de cidade cultura. Na área da saúde, o Município está inserido na 1ª Região de Saúde, a qual pertence a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ªCRS.

Os serviços de saúde do Município distribuem-se em Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, Estratégias de Saúde da Família, Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e em Serviços Especializados e Complementares, em Hospitais, em Pronto Atendimento Infantil e Adulto e em Serviço de Vigilância à Saúde, além do SAMU E Unidade de Pronto Atendimento que são terceirizadas (SANTA MARIA, 2013).

2.1 A REDE DE SAÚDE E A RAPS

A política de Saúde Mental do Município de Santa Maria, vem se construindo desde 1985, integrando a outras políticas e ações frente a dependência química e transtornos mentais.

A rede de serviços de saúde mental compreende um ambulatório de saúde mental, dois CAPS Álcool e Drogas, um CAPS para transtornos psíquicos graves, um CAPS Infantil (CAPSi), um serviço de emergência psiquiátrica vinculada ao Hospital Universitário, 25 leitos no Hospital Municipal da Casa de Saúde e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Comunidades Terapêuticas na região, credenciadas pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Ela também apresenta intersetorialidade com três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), bem como as unidades de saúde da atenção primária: 16 Equipes de Estratégia de Saúde da Família e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 114 agentes comunitários de saúde (SANTA MARIA, 2013). Além de outros grupos que trabalham com a temática das drogas junto às escolas e diferentes igrejas, porém sem um vínculo formal com a rede de saúde municipal.

O CAPS ad “Caminhos do Sol” e o CAPS ad “Cia do Recomeço” estão territorializados e são responsáveis pelo atendimento de pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ele, realiza junto com essa clientela ações de reabilitação psicossocial, por meio de atendimentos individuais (psicoterápico, consulta psiquiátrica), em grupo, oficinas terapêuticas, entre outros. O CAPS infantil é responsável pelo atendimento clínico e apoio social a crianças e adolescentes com até 18 anos, com transtornos mentais graves. E o CAPS II “Prado Veppo” oferece atendimento psicológico, psiquiátrico, apoio social, grupos e oficinas para adultos acima de 18 anos com transtornos mentais graves (SANTA MARIA, 2013).

Esses CAPS, como dispositivos articulados junto a rede de serviços de saúde da região, realizam apoio matricial à atenção básica, desenvolvem ações intersetoriais com Conselhos Tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, escolas, entre outros. E ações comunitárias, que visam a construção de espaços de reabilitação psicossocial por meio de atividades esportivas, culturais e de lazer para a reinserção social dos pacientes. Os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002). O Ambulatório de Saúde Mental, atende à livre demanda da população relacionada às necessidades de saúde mental e apresenta um processo de trabalho tradicional baseado no modelo de assistência biomédico.

Na área de educação, a Universidade Federal de Santa Maria oferta a Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) com ênfase em saúde mental, atualmente com 38 residentes entre R1 e R2, das áreas de psicologia, enfermagem, assistente social e terapia ocupacional, em campo de estágio nos CAPs.

Portanto a RAPS de Santa Maria está passando por um processo de construção e mudanças para atender as novas portarias, bem como fortalecendo a proposta de trabalho ensino/assistência, participando da formação profissional e, com isso, possibilitando a reflexões do processo de trabalho.

3 - O EVENTO E INTERVENÇÕES NA REALIDADE

O processo de trabalho a Atenção Psicossocial durante incidente, foi desenvolvido e organizado em várias fases. Primeiramente este processo se iniciou com trabalhadores e voluntários da Prefeitura Municipal de Santa Maria, mas, à medida que foram transcorridas as informações na mídia, houve um aumento da sensibilização da população da solidariedade ao município de Santa Maria, tanto por outros municípios, como Estados e Países.

A seguir vamos apresentar o desenvolvimento das ações que foram realizadas em dois momentos: a) processo de estrutura de acolhimento no Centro Desportivo Municipal, onde por decisão do executivo e órgãos de segurança municipal, ficou definido como referencia para os familiares realizarem a identificação das vítimas fatais e b) as ações psicossociais e seus desdobramentos.

3.1 AS AÇÕES IMEDIATAS – o processo de estrutura de acolhimento no Centro Desportivo Municipal

O incidente ocorreu em 27 de Janeiro de 2013, em torno do horário das duas horas e trinta minutos da manhã. A ação imediata ao ocorrido focou-se no atendimento emergencial às vítimas, ou seja, nos serviços de assistência pré-hospitalar, de urgência e emergência (Pronto Atendimento Municipal, Unidade de Pronto Atendimento e Emergência do Hospital Universitário) e Hospitalar.

O município de Santa Maria não estava preparado para um incidente desta magnitude. Desta maneira, nessa fase de assistência imediata, todos os trabalhadores de saúde e grande parte da população do município se envolveram no atendimento às vítimas para ajuda e atenuar o sofrimento físico como psíquico dos envolvidos.

As ações de Atenção Psicossocial iniciaram-se logo pela manhã do mesmo dia 27, no no Centro Desportivo Municipal com formações de grupos de trabalhos. Ou seja, inicialmente foi realizado uma identificação dos voluntários da área da saúde como enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outros profissionais. A partir dessa identificação foi realizado a formação de equipes multiprofissionais e encaminhamento das mesmas para os diferentes pavilhões de trabalho.

Os trabalhadores e voluntários da saúde foram divididos de acordo com os pavilhões de atendimento, como: pavilhão de urgência e emergência em saúde; pavilhão de acompanhamento

dos familiares para identificação das vítimas fatais; pavilhão de atenção psicossocial pós-reconhecimento do corpo; pavilhão das funerárias e pavilhão dos velórios.

Quadro 1 - Processo de trabalho no Centro Desportivo Municipal

Pavilhões	Processo de trabalho/Ações realizadas
Pavilhão de urgência e emergência em saúde.	Foi estruturado um ambiente para estabilização de casos de urgência e emergência. O Processo de trabalho estava dividido em equipes de: triagem, medicação, controle de materiais, preenchimentos de documentos administrativos e atendimento clínico médico e de enfermagem.
Acompanhamento dos familiares para identificação das vítimas fatais	Dentre os familiares, um familiar era escolhido para identificar o corpo. O familiar era acompanhado por um profissional da área de saúde. A identificação ocorria através da ajuda de carteiras, vestuários e outros materiais e sinais que pudessem identificar o jovem.
Pavilhão de atenção psicossocial pós-reconhecimento do corpo	Os familiares, após o reconhecimento do corpo, ficavam aguardando os trâmites burocráticos para a liberação do ato fúnebre. Neste pavilhão as referências da equipe eram conduzidas por psiquiatras, psicólogos e enfermeiras. As atividades exercidas eram a verificação de pressão, escuta qualificada e encaminhamentos para outros setores se necessário.
Pavilhão das funerárias	Equipe de preparo do corpo para o ato fúnebre. O processo de trabalho foi realizado pelas equipes das funerárias e vários profissionais de saúde como técnicos de enfermagem, enfermeiros, entre outros.

Pavilhão dos velórios	Cada família tinha um profissional de saúde de referência para o acompanhamento no período do velório até o enterro.
-----------------------	--

É importante ressaltar que as equipes de trabalho foram formadas concomitantes à vivência dos profissionais de saúde, voluntários e gestores perante o evento ocorrido e as informações e evidências que surgiam com o tempo. Participaram também deste processo de trabalho os voluntários da Cruz Vermelha, os membros do Conselho Regional de Psicologia e da Coordenação Estadual de Saúde Mental

Outro dado importante é que, ao mesmo tempo em que ocorriam essas atividades acima descritas, muitos outros profissionais de saúde estavam trabalhando na área hospitalar para as transferências de sobreviventes, organizando os transportes terrestre e aéreo, para outros hospitais de municípios vizinhos como a cidade de Porto Alegre (Hospital Pronto Socorro - HPS, Hospital de Clínica de Porto Alegre, Santa Casa, Hospital Cristo Redentor, Hospital Mãe de Deus, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Moinhos de Vento), Caxias, Ijuí, Canoas, Agudo e Cachoeira do Sul.

Em reunião na noite do dia 27 de janeiro de 2013, realizada com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e com membros do Ministério da Saúde, viabiliza-se a formação de uma proposta de o cuidado psicossocial aos sobreviventes, familiares, trabalhadores e população do município de Santa Maria. Desta maneira, começa-se, a partir do dia seguinte ao evento (28/01/2013), ainda na madrugada, atendimentos psicossociais no Centro de Atenção Psicossocial, “Caminhos do Sol”, iniciando e concretizando o de trabalho da equipe de Atenção Psicossocial. Em agosto de 2013, a equipe e sua atividade foi transferida para uma sede própria.

3.2 AS AÇÕES PSICOSSOCIAIS

A estrutura de processo de trabalho e planejamento foi baseado na política de saúde mental, política nacional de humanização, médicos sem fronteiras e do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como nas experiências dos profissionais envolvidos. Destaca-se também nesse processo de estruturação do plano de ação, a contribuição dos profissionais de saúde do município de São Lourenço do Sul e Blumenau – SC, os quais compartilharam suas experiências

em desastres naturais e auxiliaram nas ações desencadeadas, bem como a Associação Brasileira de Psicologia nas Emergências e Desastres – ABRAPEDE e Cruz Vermelha – sede Santa Maria.

A capacitação técnica dos voluntários, os quais eram um número maior que 200, no dia seguinte ao início da organização das atividades, para o atendimento na atenção psicossocial, foi estruturada a partir de protocolos assistências da organização dos Médicos sem Fronteiras e realizado pelo Conselho Regional de Psicologia e outros profissionais que estavam a frente dos grupos de trabalhos.

O processo de planejamento do cuidado foi construído em forma de co-gestão, na participação dos coletivos (trabalhadores de saúde, voluntários, residentes, docentes). Para isso, foram realizadas reuniões diárias para o monitoramento, a avaliação e o planejamento das ações tanto imediatas como futuras. Os primeiros 20 dias deste processo de planejamento foram conduzidos com a presença de representantes da Coordenação Política de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, da Coordenação da Política Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, da Coordenação da Política Municipal de Saúde Mental, nomeada para a condução do processo assistencial do incidente.

Neste contexto e concomitante ao processo de organização e planejamento das ações psicossociais, os processos de trabalho desencadeados no Centro Desportivo Municipal foram continuados. A assistência psicossocial foi reestruturada, bem como suas ações e equipes. Após dois dias do incidente essa assistência estava estruturada da seguinte forma:

Equipe de Regulação de Saúde Mental: Responsável por regular os atendimentos clínicos e definir os fluxos da rede de atenção psicossocial de Santa Maria. Atualmente é composta por quatro profissionais por turno, totalizando 12 profissionais e permanece integrada ao núcleo gestor.

Equipe de Acolhimento 24 horas (Plantão em Saúde Mental): Realiza acolhimento e atendimento psicossocial por equipe multiprofissional para indivíduos procuravam assistência em saúde mental. Os profissionais estavam disponíveis 24 horas no CAPS “Caminhos do Sol”, realizando atendimento e visitas domiciliares. A partir do segundo semestre de 2013, este serviço deixou de ser 24 horas e, atualmente, está vinculado ao núcleo gestor.

Equipe de Apoio Psicossocial para ritos de despedida: Responsável pelo acolhimento psicossocial nos ritos de despedida (velório, enterro, missa, culto ecumênico). A atividade desta equipe encerrou-se em 15 de fevereiro de 2013.

Equipe de Apoio Psicossocial às UPAS e SAMU: Responsável por prestar apoio em saúde mental aos profissionais das UPAS e SAMU, bem como aos jovens que estiveram presente no evento, aos familiares, amigos e outras pessoas que procuraram apoio nas UPA e PA. A atividade também foi encerrada em 15 de fevereiro de 2013.

Equipe de Apoio Psicossocial aos Hospitais: Suporte às famílias com pacientes internados nos Hospitais, bem como atendimentos individuais solicitados no leito. Atuou com uma equipe de 70 profissionais em três hospitais do município e suas atividades em 15 de fevereiro de 2013.

Equipe de Atenção Psicossocial com foco na Atenção Básica: Realizou o mapeamento das famílias com óbitos (62 famílias no total) no município de Santa Maria. Foram encontradas e identificadas 56 dessas famílias. Organizou-se cinco equipes que de apoio às Equipes de Atenção Básica. Foi realizado também a integração do processo de trabalho da Assistência Social ao território, mobilização dos recursos dos recursos humanos da residência multiprofissional em saúde e utilitários (carros) da Universidade Federal de Santa Maria para as visitas domiciliares. Essa equipe da residência multiprofissional em saúde é composta por quatro professores da universidade vinculados ao programa, sendo uma apoiadora da PNH, cinco residentes, um profissional do CRAS, um apoiador da PNH e quatro voluntários, totalizando 15 profissionais. Esta equipe permanece em atividade, vinculada ao núcleo gestor.

Equipe de Cuidados ao Cuidador: Grupo que desenvolve ações de formação rápida para as abordagens em situação de crise e de acolhimento aos profissionais (bombeiros e policiais) envolvidos no atendimento aos afetados. É composta por oito profissionais. Este tipo de atendimento foi transferido para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, atualmente.

A figura abaixo ilustra o processo de trabalho estruturado em quatro dias após o incidente:

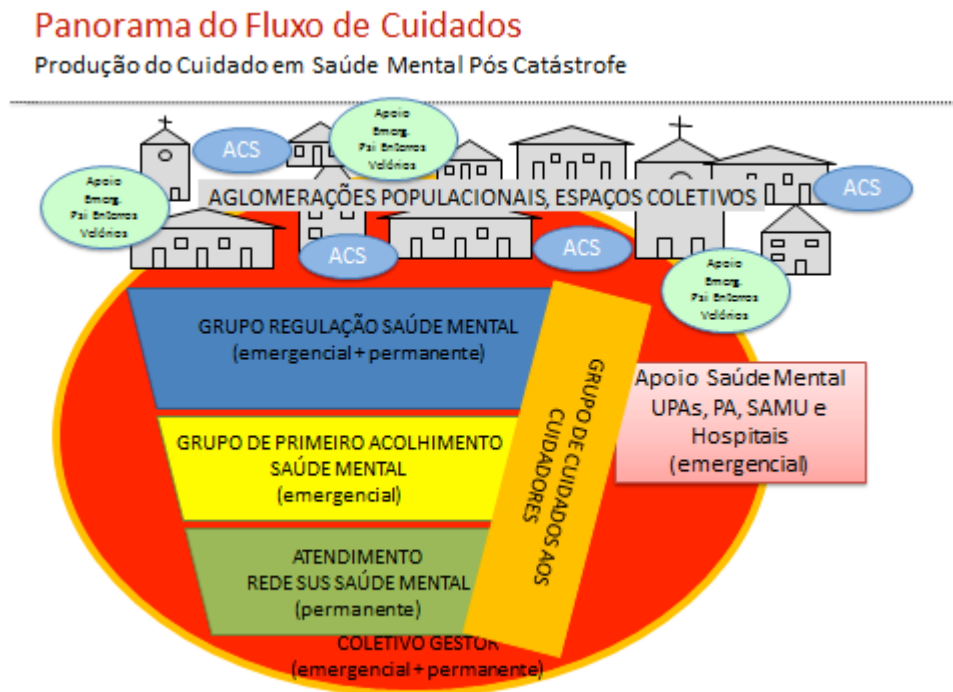


Figura 1 - Panorama do Fluxo de Cuidados – Produção do Cuidado em Saúde Mental Pós Catástrofe (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2013)

A representação da figura nos grupos de trabalho configurados como emergencial e permanente, significa que os grupos eram constituídos por voluntários e profissionais da rede municipal. Como o município de Santa Maria, no momento do incidente não possuía todos os profissionais para atuar, foram montados estes grupos conjuntos. À medida que as atividades dos grupos foram finalizadas, as atividades restantes foram assumidas pelos profissionais que formavam o quadro funcional do município antes do acidente. Atualmente, apenas três grupos de trabalhos iniciados na época do evento permanecem (Gestão, Clínica e Atenção Básica e Redes)

Todo o processo de informação foi repassado à Força Nacional do SUS (FNS), em horários estipulados pelo Ministério da Saúde. A Equipe de trabalho da FNS permaneceu em Santa Maria até o dia 18 de fevereiro de 2013. A partir desta data, retornou para a sede da FNS, no município de Porto Alegre, e os relatórios da atenção psicossocial passaram a ser quinzenais.

Foram realizados 2526 atendimentos no período de 31 de janeiro a 16 de abril de 2013, dentre os quais, atendimentos individuais, grupais, por telefone, visitas domiciliares a sobreviventes, familiares das vítimas e demais pessoas que estão com sofrimento mental em

decorrência do incêndio. Nestes dados, não estão computados os atendimentos realizados desde o primeiro dia após a tragédia, mas somente os dados organizados a partir de 31 de janeiro de 2013.

Os quadros abaixo são apresentados os dados quantitativos sobre os atendimentos realizados pelas equipes de atenção psicossocial neste período:

Quadro 2: Atendimentos da atenção psicossocial (fase 1 e 2)

Fases do Processo de Atendimento	1ª FASE		2ª FASE		Total
	01/02/2012 a 14/02/2013	15/02/2013 a 28/02/2013	01/03/2013 a 15/03/2013	16/03/2013 a 31/03/2013	
Atendimentos em família-grupos	25	0	0	0	25
Atendimentos por telefone	300	313	208	137	958
Atendimentos em visita domiciliar	66	36	29	14	145
Atendimentos individuais	470	206	143	154	973
Encaminhamento para internação	5	0	1	0	6
Total de Atendimentos	866	555	381	305	2107

Quadro 3 - Atendimentos da atenção psicossocial (fase 3)

Fases do Processo de Atendimento	3ª Fase – Contrato Emergencial	1ª Fase + 2ª Fase + 3ª Fase
ESPECIFICAÇÃO	01/04/2013 a 16/04/2013	Total
Atendimentos em família-grupos	0	25
Atendimentos por telefone/busca ativa	328	1286
Atendimentos em visita domiciliar	22	67
Atendimentos individuais	169	1142
Encaminhamento para internação	0	6
Total de Atendimentos	519	2526

É importante salientar que o processo de trabalho construído só foi possível pela ação coletiva de vários profissionais que tinham conhecimento da política de saúde mental e o comprometimento com o SUS. A linguagem pensada e falada era única para a construção de uma linha de cuidado de qualidade aos sobreviventes, aos familiares, profissionais e outras pessoas envolvidas de alguma forma no incidente.

Esse processo foi construído de maneira rápida na avaliação dos médicos sem fronteira (relato verbal), pois, de acordo com a experiências desses profissionais e como identificado na figura abaixo, a construção e execução das fases desse processo de atenção psicossocial, em sua maioria, demoram semanas, e foram desencadeados, em Santa Maria, em dias.

Núcleo de Atenção Psicossocial Santa Maria 2013

Linha do Tempo de Cuidados

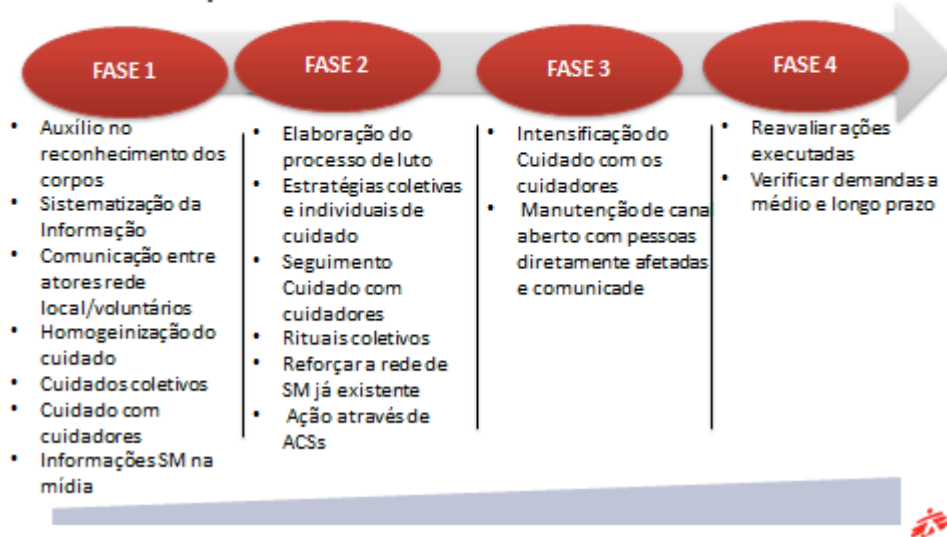


Figura 2 – Linha do Tempo de Cuidado (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2013)

Outro importante evento ocorrido neste processo foi que, baseado no princípio da integralidade do cuidado, no dia 22 de fevereiro de 2013, ocorreu a assinatura do Termo de Compromisso, pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelas Secretarias de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa do Município de Santa Maria, e pela Universidade Federal de Santa Maria/Hospital Universitário de Santa Maria. Este termo teve como finalidade de estabelecer cooperação entre os entes signatários na realização dos procedimentos técnicos e operacionais no que tange ações de vigilância sanitária, de atenção básica, especializada e psicossocial, para dar continuidade da atenção a saúde das vítimas, de familiares e dos profissionais envolvidos no evento em questão.

Dentre os compromissos assumidos, o município de Santa Maria comprometeu-se a ampliar e qualificar as ações da Rede de Atenção Psicossocial. Mas, atualmente, ele ainda mantém os mesmos recursos humano referente à rede de atenção psicossocial.

4. DISCUSÃO

Frente ao processo de trabalho desenvolvido e apresentado, as diretrizes do SUS permearam todo o planejamento e estruturação das ações elaboradas e desenvolvidas.

Dentre os Grupos de Trabalho - GT, as atividades desenvolvidas pelo GT - Atenção Básica e Redes, cujo o objetivo foi realizar o apoio à Atenção Básica no atendimento aos casos relacionados a tragédia da Boate Kiss, caracterizou um dos grandes desafios para o planejamento, operacionalização e a vivência dos dispositivos da Política de Humanização. Dentre as ações que o GT desenvolveu: mapeamento dos Serviços de Saúde do Município e da localização dos óbitos; Visitas ao Território para apoio as Equipes de ESF e UBS (objetivo de compartilhar os casos de vítimas da tragédia atingidas direta ou indiretamente que necessitavam de cuidado longitudinal); Análise situacional da AB; ocorreram momentos de reflexão sobre os processos de trabalho desencadeados, realizando a retroalimentação dos processos.

A construção de todo plano de ação e trabalho foi baseado na capacitação dos Médicos Sem Fronteiras para assistência à saúde mental à população vítima de catástrofe. A figura abaixo representamos essas diretrizes:

Rede de Cuidados em Saúde Mental Pós Catástrofe



Figura 3 – Rede de Cuidado em Saúde Mental Pós Catástrofe (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2013)

Como podemos observar na figura acima, a pirâmide representa os processos de cuidado em atenção psicossocial às populações vítimas de catástrofes. Na base da pirâmide está

representado 60% à 70% da população que, a partir de sua rede de amizades, amigos, família, igrejas, entre outros, elaborará o processo de luto e conseguirá diluir o sofrimento, reconstituindo, desta maneira, sua saúde mental dentro desse nível de atenção. No segundo nível da pirâmide, encontra-se de 20% a 25% da população que necessitará de uma assistência em saúde mental, como uma escuta qualificada, oferecida em serviços como os CAPS, ambulatórios e no caso específico de Santa Maria, o Serviço Acolhe Saúde criado e implantado. No terceiro nível da pirâmide encontra-se de 1% a 5 % da população que necessitaram de ajuda especializada, configurando um adoecimento e necessidade de acompanhamento (MÉDICOS SEM FRONTEIRA, 2013).

Frente a este trabalho em todos os níveis de atenção, foram utilizados os dispositivos da Política Nacional de Humanização. No contexto da saúde, o termo humanização refere-se a uma aposta ético-estético política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. Esse compromisso se sustenta na autonomia e protagonismo dos sujeitos, na corresponsabilidade entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, nos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2009).

Dentre os dispositivos da Política Nacional de Humanização destaca-se (BRASIL, 2009):

- Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

- Clínica ampliada: Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

- Colegiado gestor: Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação.

- Apoio institucional: Pressupõe a inserção dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.

- Apoio matricial: Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Como podemos observar nos resultados apresentados os processos destacados foram fortemente utilizados como dispositivos de planejamento e ações para qualificar o atendimento frente às inúmeras atividades e processos intersetoriais que foram realizadas.

Atualmente o processo do cuidado está vinculado ao Acolhe Saúde, onde no mês de março de 2014, foi realizado novo processo seletivo em substituição aos contratos emergenciais, com o intuito de manter o processo de cuidado, pactuado no termo de compromisso, com o intuito de ampliação e capacitação da RAPS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho desenvolvido neste evento possibilitou a vivência de vários dispositivos do processo de trabalho da Política Nacional de Humanização que estão contidos no Sistema Único de Saúde - SUS. Destacamos o Acolhimento, Gestão Participativa e cogestão, Clínica ampliada e compartilhada. Estes pontos foram a principal pensamento para atuação dos grupos de trabalho que foram implantados no decorrer do processo de cuidado.

As forças coletivas, citando o voluntariado, foram de fundamental importância para o cuidado e o atendimento emergencial, onde indivíduos dedicaram-se ao trabalho de atenuar o sofrimento desencadeado pelo evento.

Desta forma, a formação superior dos cursos da saúde deve potencializar a construção do perfil de lideranças nas ações de gestão e clínica em saúde. O evento que ocorreu demonstrou a necessidade de uma gestão qualificada, disciplinada, planejada, na qual os profissionais devem estar abertos ao diálogo para as construções coletivas do cuidado, ter o conhecimento de protocolos claros e concisos, possibilitando a qualificação do atendimento.

O cuidado longitudinal deste evento está legitimado pela assinatura do termo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde Federal, e as Secretarias da Saúde Estadual e Municipal. A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, é fundamental como integrante das políticas de saúde e demonstrou através deste evento a sua potencia no cuidado integral.

Participar da gestão a nível de decisão e a participar da construção de processos de co-gestão em meio ao turbilhão de acontecimentos em um desastre, foi uma vivencia que possibilitou na minha vida pessoal e profissional colocar em prática toda a aprendizagem humanitária (valores e a perceber a individualidade de cada ser) e profissional, na questão de visualizar e tornar resolutivo o processo do SUS, através de leituras, debates, estudo e escuta das experiências vividas por outros colegas que já enfrentaram situações semelhantes.

Ocorreram durante o processo de gestão várias fragilidades que não foram enumeradas e nem citadas, mas onde envolvem relações humanas os fios visíveis e invisíveis e o “O que não vimos e nem ouvimos”, vão fazer parte de uma história.

Cabe ressaltar que este é um olhar do processo que foi desenvolvido. Provavelmente, escrevo fragmentos de um trabalho que deverá ser contada por diversos profissionais e enfermeiros que atuaram incansavelmente no dia do incidente e nos dias seguintes.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei no 8.080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece diretrizes para modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário oficial da União. Brasília: Distrito Federal, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSus na Atenção Básica. Brasília: Distrito Federal, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 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). Brasília: Distrito Federal, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto N° 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n° 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 interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Distrito federal, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n° 7.616, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Brasília: Distrito Federal, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicada em 21 de maio, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, Distrito Federal, 2009.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Primeiro Acolhimento Psicossocial. 2013. Disponível em: <http://www.msf.org.br/>. Acessado em: 26/05/2014.

PUCCIA, M. I. R. O enfermeiro como assessor federal, estadual e municipal. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, M. R. C. (org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Bauru, SP: Manole, 2007.

SANTA MARIA. Estado do Rio Grande do SUL. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Disponível em: <http://adesm.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAdede-2013-2017.pdf>. Acessado em: 23/05/2014.