

 **ÁGUA ATÉ AQUI**

A atuação do SUS em situações de desastre: experiências de reconstrução do cuidado em saúde

**Cássio Andrade Machado
Cecília Biasibetti Soster
Elisandro Rodrigues
(Org.)**



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Organizadores

Cássio Andrade Machado
Cecília Biasibetti Soster
Elisandro Rodrigues

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A atuação do SUS em situações de desastre:
experiências de reconstrução do cuidado em saúde

1ª Edição
Porto Alegre

2025



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).

Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil).

Laura Camargo Macrutz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Organizadores

Cássio Andrade Machado
Cecília Biasibetti Soster
Elisandro Rodrigues

Revisão

Imagem da capa

Diagramação

Financiamento

Grupo Hospitalar Conceição

Diretoria

Diretor-Presidente:

Gilberto Barichello

Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação:

Quelen Tanize Alves da Silva

Diretor Administrativo e Financeiro:

João Constantino Pavani Motta

Diretor Técnico:

Luís Antônio Benvegnu

Gerência de Ensino e Pesquisa

Edenilson Bomfim da Silva



FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A883

A atuação do SUS em situações de desastre: experiências de reconstrução do cuidado em saúde/ Cássio Andrade Machado; Cecília Biasibetti Soster; Elisandro Rodrigues (Organizadores) – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025. 363 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.66). E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-193-9

DOI 10.18310/9786554621939

1. Sistema Único de Saúde. 2. Desastre - Rio Grande do Sul. 3. Cuidado Em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 295
CDU 614.504.4

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Sumário

Prefácio: Para enfrentar desastres e emergências climáticas, precisamos de um Sistema Único de Saúde forte e resiliente.....	10
---	-----------

Gilberto Barichello, Quelen Tanize Alves da Silva

O Grupo Hospitalar Conceição, o quadrilátero da formação e o enfrentamento às emergências climáticas: mais do que um complexo de serviços de atenção à saúde, um laboratório de boas práticas para o SUS	18
---	-----------

Gilberto Barichello, Quelen Tanize Alves da Silva, Sandra Maria Sales Fagundes, Marta Helena Buzati Fert, Micheli Scolari Rossetto, Máicon Barbosa da Silva, Alcindo Antônio Ferla

Micropolíticas do cuidado: reflexões a partir de uma experiência de trabalho no contexto das enchentes no Rio Grande do Sul	58
--	-----------

Vera Lúcia Pasini , Ana Caroline Ongaratto de Oliveira , Jenaína Tres , Taciane de Mello Duarte, Vitória de Souza Francisco

A residência para além das fronteiras hospitalares: experiências de enfermeiras residentes na missão yanomami	89
--	-----------

Bruna Mengato Dias, Wanessa Hellen Serrão Moura

O Desastre no Vale do Rio Pardo: contribuições da extensão Universitária para a reconstrução	110
---	------------

Adriana Diniz Vizzoto , Isabelle Rossatto Cesa , Alessandro Valer, Priscilla Santos de Moraes, Nadianna Rosa Marques, Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro, Cindy Menezes Silva

Contribuições da APS para assistência integral à saúde em desastres climáticos: relato de experiência profissional em Roca Sales/RS	132
--	------------

Marina Haase da Costa Franco

Cuidar em coletividade: a experiência da residência em um abrigo emergencial de Porto Alegre na enchente de 2024156

Laura Trevisan Fechner, Thaís Botelho da Silva, Vania Celina Dezoti Micheletti, Caetano Braun Cremonini, Carolina Medero Rocha Essig

O cuidado em meio ao desastre: desafios para a reestruturação da gestão181

Luana Teles de Resende, Sthefaní Amaral Grudginski, Rhuan Alexander da Silva Dornelles, Maria Celeste de Souza da Silva

Transição do cuidado de abrigados/as na rede de atenção à saúde: uso de instrumento para continuidade do cuidado204

Aline Marques Acosta, Carlise Rigon Dalla Nora, Letícia Becker Vieira, Marcio Wagner Camatta, Sônia Beatriz Cócara de Souza, Fernanda Carlise Mattioni

O impacto de um desastre natural na rotina de uma Unidade de Saúde da Família no sul da Bahia225

Tercília Maria Sousa Soares, Aline Daud Lima Querino, Juliana Brandão Souza, Rusiner dos Anjos Rehem Ferreira

Assistência em saúde no contexto das enchentes no Vale do Taquari – RS: um relato de experiência240

Wanessa Hellen Serrão Moura, Bruna Mengato Dias

A fisioterapia no recomeço: o cuidado e a recuperação dos desabrigados da maior catástrofe climática do Rio Grande do Sul252

Murilo Santos de Carvalho, Ana Paula Barcellos Karolczak, Alessandra Bombarda Muller

Resposta farmacêutica em desastres naturais: a gestão de crise nas inundações gaú

chas.....275

Franciele Souza Santos, Thais Marcela da Silva Pereira, Muri-lo Santos de Carvalho, Fabiana Chiel Ribeiro, Ana Paula Cappellari, Ana Rita Breier, Juliana Nichterwitz Scherer

Educação permanente no manejo da dengue como es-tratégia de fortalecimento da Atenção Primária Indíge-na: relato de experiência299

Amanda Cruz Pereira, Evelyn Boeck dos Santos, Mellissa Ferreira Rabello

Calamidade pública como campo formativo possível no Sistema Único de Saúde: relato de uma experiência da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em um período crítico de cheias e enchentes321

Priscilla da Silva Lunardelli, Cíntia Menezes Guimarães, Ca-roline Sousa Rolim, Ana Lúcia Lima Rieth, Edhuarda Jardim dos Santos

Experiências da enfermagem em emergências de saú-de pública: práticas integrativas complementares e o cuidado em saúde mental.....337

Danielle Celi dos Santos Scholz Pereira, Ana Marcela Sarria de Albuquerque

PREFÁCIO:

PARA ENFRENTAR DESASTRES E EMER- GÊNCIAS CLIMÁTICAS, PRECISAMOS DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FORTE E RESILIENTE

Gilberto Barichello
Quelen Tanize Alves da Silva

Com grande satisfação agradecemos o convite dos organizadores para prefaciар o livro “A atuação do SUS em situações de desastre: experiências de reconstrução do cuidado em saúde”, em edição compartilhada da Editora Rede Unida e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Cássio Andrade Machado, Cecília Biasibetti Soster e Elisandro Rodrigues fizeram a curadoria dos textos recebidos por meio de chamada pública e organizaram o livro, que contribui para refletir sobre experiências locais no enfrentamento às chamadas emergências em saúde pública.

A motivação inicial foram as fortes chuvas que assolaram o estado do Rio Grande do Sul em maio de 2024, antecedidas de fortes chuvas em 2023 e seguidas de fortes chuvas em 2025. Essa pequena sequência já nos dá o alerta de que emergências climáticas e desas-

tres “naturais” são presenças importantes e frequentes quando se pensa em sistemas e serviços de saúde. Os sistemas e serviços de saúde são afetados de forma múltipla diante de desastres: aumento expressivo de demandas assistenciais diversas daquelas que já ocupam significativamente o cotidiano dos pontos de atenção nos territórios, como as doenças relacionadas ao clima, a vetores, problemas respiratórios e sofrimento mental; perdas materiais e tecnológicas dos estabelecimentos de saúde em situações de emergências; perdas temporárias e definitivas das trabalhadoras e do trabalhadores que atuam nesses serviços, seja por efeitos diretos ou indiretos, quando atingem familiares e a infraestrutura pessoal e domiciliar. A sobrecarga dos serviços e do trabalho em saúde se intensifica, pelo aumento da demanda, pela permanência da demanda de base e pela redução das condições técnicas e operacionais para as respostas, incluindo o estresse das pessoas que atuam nas políticas públicas afetadas.

As emergências climáticas representam um dos maiores e mais complexos desafios do nosso século, afetando diretamente a saúde humana e os sistemas de saúde em todo o mundo. A intensificação de eventos extremos, como ondas de calor, furacões, inundações e incêndios florestais, coloca à prova a resiliência dos sis-

temas de saúde, enquanto doenças emergentes relacionadas às mudanças climáticas aumentam a demanda por serviços de saúde. E se somam aos desastres provocados diretamente, como acidentes, guerras e violências.

As recomendações internacionais apontam que é necessário aumentar a resiliência dos sistemas e serviços de saúde, dado que é a abordagem mais eficiente para reduzir os efeitos das catástrofes e desastres. As iniciativas de preparação e resposta dos países e regiões precisa estar centrada no aumento da resiliência dos sistemas de saúde. Essa orientação chama a atenção para diferentes dimensões de reforço aos serviços e redes de atenção. Em primeiro lugar porque os eventos aumentam a pressão sobre os estabelecimentos de saúde, que precisam dar respostas rápidas para uma demanda maior do que estão habituados, ou seja, precisam aumentar a capacidade de respostas. Também é oportuno lembrar que muitos estabelecimentos de saúde se localizam nos territórios mais afetados pelas catástrofes, o que compromete sua capacidade de respostas durante as crises e isso precisa ser considerado. Em tempos de crise, mas também, frequentemente, no cotidiano anterior a elas, a escassez de recursos (equipamentos, insumos, estruturas) e a inadequação da força de trabalho compromete a capacidade de respostas, o que chama a

atenção para a adequada formação e dimensionamento de trabalhadoras e trabalhadores. Por fim, os sistemas de saúde frequentemente não têm protocolos e rotinas para enfrentar eventos extremos, demonstrando que esses eventos não compõem a lógica regular de planejamento. É necessário que as iniciativas de ampliação da resiliência incidam sobre todas as dimensões, além de manter diálogo preciso e intensivo com a população.

Por outro lado, as orientações internacionais para mitigar os impactos das emergências climáticas nos sistemas de saúde também incluem investimentos para aumentar a resiliência e preparar os sistemas e serviços para as situações de catástrofe; a capacitação de profissionais de saúde para reconhecer e tratar condições relacionadas ao clima; a implementação de sistemas de vigilância para identificar e monitorar riscos climáticos e doenças emergentes; a ativação de políticas de saúde integradas com ações climáticas, como redução de emissões de carbono e expansão de áreas verdes; e a colaboração internacional, estabelecendo parcerias entre países e instituições para compartilhar recursos, conhecimento e práticas eficazes.

As emergências climáticas e os sistemas de saúde estão interligados em uma dinâmica que exige ação coordenada e imediata. Investir em infraestrutura resiliente, ca-

pacitação profissional e políticas públicas é essencial para enfrentar os desafios presentes e futuros. Além disso, a cooperação internacional e o uso de tecnologias inovadoras são fundamentais para proteger a saúde global em um mundo em constante transformação climática.

O Grupo Hospitalar Conceição tem se preparado de várias formas para eventos adversos decorrentes de emergências climáticas e sanitárias. Equipes do complexo de serviços têm participado regularmente de missões nacionais e internacionais coordenadas pelo Ministério da Saúde, compartilhando a experiência e, ao mesmo tempo, ampliando a capacidade institucional de respostas. Também temos regularmente participado e atuado nas atividades e debates sobre esse tema, com diferentes organizações e territórios. Tornar-se referência inclui o duplo compromisso de compartilhar e desenvolver-se.

Entretanto, a maior experimentação de como se pode gerir produtivamente situações de emergências climáticas, sem dúvida, foi sediar as iniciativas do Governo Federal, principalmente do Ministério da Saúde, durante o período de fortes chuvas no Rio Grande do Sul em maio de 2024 e meses seguintes. A crise social e sanitária que marcou as gaúchas e gaúchos naquele período foi muito grande. Ao mesmo tempo em que administrávamos as consequências sobre nossas insta-

lações, fornecimento de insumos, manutenção de tecnologias e instalações e, principalmente, apoiávamos nossos trabalhadores atingidos direta e indiretamente, ampliamos nossas ações nos territórios com atuação direta do GHC e em outros territórios com demandas agudas e com respostas coordenadas pelo Ministério da Saúde. Foi uma aprendizagem dolorosa e intensa, mas que traduz o compromisso do GHC com o fortalecimento do SUS. Aqui está uma das faces da política de inovação que temos adotado há quase três anos, que é o desenvolvimento do trabalho com base na experiência desenvolvida no enfrentamento às crises e insuficiências e no compartilhamento em redes de cooperação.

Nossa felicidade com a organização da coletânea temática que está sendo ofertada aos leitores e às leitoras, também está associada com a ideia de resiliência do GHC e do SUS frente às emergências climáticas e sanitárias e à inovação necessária aos sistemas de saúde. Por um lado, superamos aquela crise, que representou a maior emergência climática da América do Sul. Com coragem, determinação e redes de colaboração de trabalhadoras e trabalhadores da instituição e do SUS. Certamente a resiliência preconizada por organizações internacionais é mais possível com uma política pública do tamanho do nosso Sistema Único de Saúde, em re-

des de colaboração pelo trabalho, que representou mais de 90% dos trabalhadores envolvidos naquele momento, e, também, com voluntários que se dedicaram ao trabalho de relevância pública que precisava ser feito, coordenado pela Força Nacional de Saúde. Por outro lado, pelo fato de que o intercâmbio de experiências e iniciativas nos fortalece nas respostas.

A coletânea é uma iniciativa excelente de educação permanente em saúde, que mobilizou diferentes pessoas em diferentes contextos e que pode, portanto, melhorar nossa capacidade de enfrentar as próximas crises. As quatorze experiências selecionadas pelo edital publicado em conjunto com a Editora Rede Unida, mais o capítulo especial que foi estruturado para o diálogo institucional com as demais experiências, nos enriquece e nos fortalece diante do debate e das ações de enfrentamento que faremos de agora em diante. Mas não é apenas isso.

A iniciativa da Escola GHC e do nosso Programa de Residências nos orgulha pelo protagonismo de estabelecer diálogos com pessoas e experiências institucionais. A política institucional de ensino e de aprendizagem do GHC não apenas prevê o intercâmbio de boas práticas como dispositivo de produção de redes de resposta, mas também pretende que tenhamos li-

derança nessa dimensão. Particularmente, nos honra a iniciativa dos programas de residência em saúde, que mostra abertura ao SUS e aos territórios. A coletânea nos informa, como direção institucional, que estamos num caminho promissor.

Agradecemos aos organizadores, à Rede Unida e a cada pessoa que investiu parte do seu tempo de trabalho para sistematizar ideias e compor os textos que foram selecionados, assim como aos avaliadores que nos permitiram ter essa expressiva coletânea que, ao fim e ao cabo, mostram a pujança do SUS no enfrentamento a situações adversas e no alerta que a ocupação predatória do ambiente natural está por trás dela.

Porto Alegre, junho de 2025.

O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO E O ENFRENTAMENTO ÀS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS: MAIS DO QUE UM COMPLEXO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, UM LABORATÓRIO DE BOAS PRÁTICAS PARA O SUS

Gilberto Barichello
Quelen Tanize Alves da Silva
Sandra Maria Sales Fagundes
Marta Helena Buzati Fert
Micheli Scolari Rossetto
Máicon Barbosa da Silva
Alcindo Antônio Ferla

Introdução:

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma das maiores redes públicas de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, situado na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, e, desde outubro de 2024, com uma filial na cidade do Rio de Janeiro, o Hospital Federal de Bonsucesso. Vinculado ao Ministério da Saúde como uma empresa pública, o GHC desempenha um papel crucial na atenção à saúde da população da Região Metropolitana de Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como empresa pública, está submetido às normas previstas pela legislação brasileira para a administração indireta, incluindo a Lei das Estatais (Lei

nº 13.303/2016), que estabelece regras de governança, transparência e eficiência para empresas públicas e sociedades de economia mista. Por ser parte do SUS, o GHC opera sob os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade no atendimento à saúde. Além disso, segue diretrizes de administração pública, como a legalidade, moralidade, eficiência e transparência.

O complexo de serviços de saúde tem sua capacidade instalada totalmente vinculada ao SUS (“GHC 100% SUS”) e é composto por diversas unidades hospitalares e ambulatoriais, além do ensino, pesquisa, inovação e gestão em saúde. Mais do que uma rede de serviços que abrange unidades hospitalares e ambulatoriais, o GHC tem sido conduzido e reconhecido como um laboratório de boas práticas para o SUS, apoiando o Ministério da Saúde na implementação das políticas nacionais e regionais, mantendo uma expressiva rede de articulações com organizações das várias regiões do Brasil e com organizações internacionais. Não apenas nos fluxos regulares e cotidianos da atenção à saúde e da gestão setorial, senão que é referência também para emergências sanitárias e climáticas.

Neste capítulo, consideramos relevante apresentar o GHC, que sediou as ações da Força Nacional do SUS na crise climática de maio de 2024 no Rio

Grande do Sul, e que também participou de diferentes missões do Ministério da Saúde decorrentes de emergências climáticas e desastres com repercussão na saúde em diferentes localidades brasileiras e em ações internacionais. As informações foram referenciadas nos relatórios institucionais mais recentes (GHC, 2024a; 2024b) e nos repositórios institucionais disponíveis na página eletrônica do complexo de serviços (www.ghc.com.br).

O objetivo principal é apresentar a atuação do GHC no enfrentamento de situações de desastres naturais, na sua grande maior parte gerados em decorrência da ocupação predatória do ambiente e de ações humanas desprovidas da ideia da sustentabilidade ambiental como iniciativa necessária à preservação da vida, e refletir sobre a conexão das ações realizadas e o modelo institucional voltado ao fortalecimento do SUS. Mas também demonstrar os vários atravessamentos que um complexo de serviços de saúde com forte conexão com o SUS precisa responder em situações de crises sanitárias, seja na adaptação operacional para o acolhimento do aumento e da singularização das demandas no momento da crise, seja para contribuir com a resiliência dos territórios. O foco será na emergência climática caracterizada por fortes chuvas e enchentes que produziram uma emergência sanitária no Rio Grande do Sul em maio de 2024.

GHC como complexo de serviços do SUS e laboratório de apoio ao Ministério da Saúde

Um complexo de serviços com a relevância do GHC precisa ter a responsabilidade ética e política também por meio de contribuições para a mudança nos determinantes sociais que interferem na saúde e no adoecimento das pessoas e coletividades. Para isso, convém lembrar que a Constituição brasileira de 1988, em seus Artigos 196 e 197, define que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, dado que respondem ao direito à saúde das pessoas e coletividades, e que esse direito é garantido “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196). Ou seja, a Constituição não define um conceito ideal e fechado de saúde que pudesse ser alcançado mediante o provimento de um cardápio fixo de ações, mas absorve o conceito ampliado de saúde, com determinações sociais e econômicas. O aumento da frequência de desastres e emergências sanitárias nos diferentes territórios e o rápido desenvolvimento científico e tecnológico do setor saúde mostram a adequação desse conceito. Sobre o sistema de saúde, a Constituição define que seja único, regionalizado e hierarquizado, descentralizado, capaz de respostas com integralidade e com

participação social. Essas definições constitucionais criam desafios relevantes para os pontos de atenção que compõem redes e sistemas locais de saúde, sobretudo na interface entre a produção de saúde e os territórios.

No escopo dos debates contemporâneos sobre as interfaces do setor saúde com os demais setores das políticas públicas, o desafio que se quer tornar visível neste ensaio é a necessidade de desenvolvimento institucional dos sistemas e serviços, bem como do trabalho que se realiza no seu interior para fazer frente ao contexto dos territórios, que estão em constante movimento. O desenvolvimento institucional também diz respeito à atualização tecnoassistencial necessária para oferecer melhor atenção às pessoas ao longo do tempo, absorvendo novas tecnologias e construindo capacidade de enfrentar novos problemas e desafios. Mais do que uma afirmação genérica, o destaque aqui é para os efeitos das mudanças climáticas na produção da saúde nos territórios, tendo em vista que as emergências climáticas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015; 2023), são cada vez mais presentes no cotidiano e que o setor saúde é central na organização de respostas para aumentar a resiliência das sociedades para o enfrentamento das crises e desastres.

A resiliência é a capacidade de um sistema territorial de reduzir a vulnerabilidade para as emergências

climáticas (ou desastres de forma geral) e de aumentar a capacidade de respostas, com opções e oportunidades melhoradas de enfrentamento (WHO, 2015; 2023). Setorialmente, a resiliência de um sistema de saúde é orientada pela capacidade de enfrentar os impactos diretos das mudanças climáticas e/ou desastres com impacto sobre a saúde (aumento da frequência e da gravidade de danos e doenças associadas a eventos climáticos extremos ou mudança de comportamento das mesmas), os impactos mediados pelo sistema ambiental (poluição do ar e alterações de padrões de doenças transmitidas por vetores, alimentos e água) e efeitos das mudanças climáticas nos sistemas sociais e humanos (desnutrição, estresse ocupacional, sofrimentos mentais, mobilidade populacional, desaceleração do crescimento econômico, aumento da pobreza).

A resiliência, portanto, descreve a capacidade dos sistemas de saúde de responder ao aumento e mudança nos padrões de demanda setorial e de desencadear e implementar ações intersetoriais que busquem enfrentar e mitigar os efeitos das mudanças climáticas sobre os modos de vida das populações nos territórios que ocupam, dado que há inequívocas evidências que a causa dessas mudanças são as ações humanas (queima de combustíveis fósseis, liberação de poluentes climáticos, ocupação predatória do ambiente, mudanças

abruptas no ambiente natural para atividades econômicas e extrativistas) que alteram as condições ambientais e sociais em diferentes localidades (WHO, 2015).

O debate sobre a produção de resiliência nos sistemas de saúde, assim como do protagonismo no enfrentamento às crises sanitárias, é sempre mediado por uma bifurcação de ideias que centra as respostas na sociedade ou nas políticas públicas. Compreendemos que, no contexto de um sistema de saúde universal, a política pública, no caso o SUS, é o amálgama necessário, conforme inclusive acena a bibliografia mais sólida. O fortalecimento das redes e serviços territoriais, sejam eles as unidades de atenção primária/básica ou os demais pontos de atenção territoriais das redes de serviços de saúde é um ponto de convergência da literatura, pela sua capacidade potencial de atuar no gerenciamento de riscos e na implementação de ações ágeis de mitigação dos efeitos, articulando uma governança participativa que inclua instituições de diferentes naturezas e as populações locais (Massuda et al., 2022; Mosadeghrad et al., 2023). Por outro lado, além do fortalecimento dos serviços territoriais e das redes de atenção temáticas que hierarquizam o cuidado em saúde, fatores como governança e liderança, financiamento, recursos físicos e tecnológicos, dimensionamento e formação da força de trabalho e a diversidade e suficiência na

prestação de serviços são variáveis relevantes (Paschoalotto et al., 2022; Nunes; Carvalho & Jatobá, 2025).

Com base nessas dimensões para o desenvolvimento da resiliência, parece-nos relevante apresentar sucintamente a estrutura de gestão e participação e a organização tecnoassistencial dos serviços, seja para tornar visível o potencial assistencial e organizativo, como também uma política institucional de desenvolvimento do trabalho na atenção e na gestão, assim como apresentar iniciativas que descrevem a experiência desenvolvida ao longo do tempo e que credenciam o GHC como um laboratório de referência para o enfrentamento de emergência climáticas e sanitária para o SUS, em apoio ao Ministério da Saúde.

Estrutura de gestão e participação do GHC

A gestão do Grupo Hospitalar Conceição segue princípios de governança pública, buscando eficiência, transparência e eficácia no uso dos recursos. A governança do GHC responde às exigências legais e diretrizes dos órgãos de controle, conforme previsto no Estatuto Social. Mantém interação com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos do Governo Federal pela sua natureza singular.

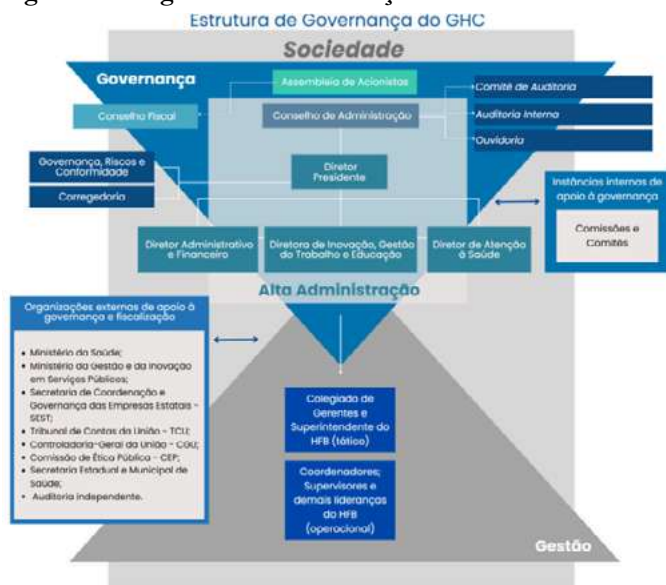
A estrutura de gestão do GHC compartilha conceitos da administração contemporânea, com níveis

decisórios colegiados e uma estrutura mais horizontalizada, mesmo considerando a tendência das organizações do campo da saúde de setorização profissional e por especialidades. A tensão entre horizontalidade/verticalidade e gestão corporativa/trabalho em equipe é assumida, na estrutura gerencial do complexo, com uma rede de colegiados e com a orientação do trabalho com centramento no usuário e voltadas para a integralidade. Mais do que isso, a incorporação sucessiva de novas modalidades de serviço, sejam serviços temáticos ou territoriais, que compõem a tipologia de estabelecimentos e ofertas assistenciais do SUS, opera como um dispositivo de tensão e produção de mudanças. O que define a ordem decisória de novas modalidades tecnoassistenciais é a potencialidade da iniciativa para o SUS e para as mudanças nas ações cotidianas dos serviços.

Além das orientações do organograma para a departamentalização técnico-administrativa, uma singularidade relativamente recente no GHC é o que foi chamado de “ecossistema de participação”. Trata-se de fóruns participativos (colegiados de equipe e comissões de equidade e inclusão) e, substancialmente, de conexões entre elas, de tal forma que os fluxos encaminhados pelos diferentes fóruns tenham articulação entre si e com as políticas institucionais.

A Figura 01 detalha o modelo e a estrutura de governança do GHC, desenhando também a inserção dos fóruns participativos, dos quais trataremos mais adiante.

Figura 01. Diagrama de Governança do GHC.



Fonte: Relatório da Administração (GHC, 2024a).

A estrutura administrativa é composta por uma diretoria executiva colegiada que é integrada por um diretor presidente, por um diretor administrativo e financeiro, por um diretor de atenção à saúde e por uma diretora de inovação, gestão do trabalho e educação na saúde. O formato de diretorias colegiadas se distribui pelos diferentes setores e unidades que compõem o complexo

de serviços, incluindo os dirigentes propriamente ditos e representantes dos trabalhadores. Os Colegiados de Equipes (Colequis) têm atividades regulares para o debate de temas relacionados ao trabalho cotidiano e a eventos especiais, como a discussão participativa do Plano de Investimentos (PI) da instituição ou a reorganização do trabalho para novos desafios, como os programas do Ministério da Saúde para a qualificação do cuidado ou, no tema deste capítulo, para o enfrentamento das emergências climáticas ou sanitárias. A existência de reuniões regulares das equipes e a capacidade de resposta às demandas específicas compõem o cardápio de indicadores da avaliação institucional do GHC, demonstrando a opção pelo modelo de gestão participativa e a associação, na cultura organizativas, da ideia de eficiência e eficácia em articulação à mobilização dos diferentes atores.

Considerando as normas da administração pública direta e indireta, existe um Conselho de Administração (Consad), com participação de atores externos, que exerce um papel estratégico fundamental na governança do GHC. Composto por sete membros, busca garantir pluralidade e alinhamento aos interesses coletivos. Suas principais atribuições incluem orientar os negócios, definir diretrizes estratégicas, fiscalizar a Diretoria-Executiva, aprovar o planejamento anual e deliberar

sobre governança, riscos e políticas institucionais. O Consad também avalia periodicamente seus resultados e os da Diretoria, promovendo ajustes para aprimorar a gestão e consolidar o GHC como referência em saúde pública. Além do Conselho de Administração, e, igualmente, com participação externa que inclui membros da administração federal, o Conselho Fiscal fiscaliza e acompanha a gestão do GHC. Suas principais atribuições incluem o exame e a emissão de pareceres sobre a situação econômica, financeira e contábil da entidade; monitorar os deveres legais dos administradores; analisar as alterações do capital social; opinar sobre planos de investimentos ou orçamentos de capital, garantindo, assim, a conformidade das ações com os interesses institucionais e os princípios legais aplicáveis.

A governança é sustentada por mecanismos de controle interno e auditorias externas, garantindo a conformidade com normas legais e regulatórias. Além disso, o GHC mantém canais de ouvidoria para receber sugestões, elogios e reclamações, promovendo a participação da comunidade na gestão dos serviços. Em síntese, a estrutura de administração do GHC, que tem normas e dispositivos definidos na legislação das empresas estatais e do Ministério da Saúde, assim como uma estrutura complexa, com uma orientação horizontal e fóruns colegiados para as de-

cisões operacionais e estratégicas da instituição. Uma descrição mais detalhada da estrutura de gestão, da organização e do funcionamento do GHC pode ser obtida junto ao Relatório Integrado de 2024 (GHC, 2024a) e do Relatório da Administração de 2024 (GHC, 2024b).

O caráter participativo da gestão do GHC não se esgota na horizontalidade e na diretriz de gestão compartilhada. Com base no princípio constitucional da participação social no SUS, regulamentado pela Lei Federal nº 8.142/1990, foram implementados também os Conselhos Gestores de cada uma das unidades hospitalares e da UPA Moacyr Scliar, que é um colegiado composto por representantes dos usuários, trabalhadores e gestores, com o objetivo de planejar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde no GHC. O Conselho Gestor, como os conselhos de unidades de atenção primária à saúde, traduz na organização institucional a ideia dos “conselhos locais de saúde”, que foi objeto de deliberações das conferências de saúde e do Conselho Nacional de Saúde e recomenda a criação de fóruns de participação nos diferentes estabelecimentos de saúde que compõem as redes de atenção à saúde. Portanto, tem a composição de 50% de representantes dos usuários (indicados pelo Conselho Municipal de Saúde), 25% de representantes da gestão (indicados pela dire-

ção do GHC), 25% de representantes dos trabalhadores (leitos diretamente pelos trabalhadores do GHC). O Conselho Gestor é importante para garantir, no âmbito institucional, a gestão democrática das políticas públicas de saúde e a participação da população no controle social e, além do monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde prestados pelas unidades do GHC, também fortalece a interface entre a sociedade e o estado, que no caso é representado pelo conjunto de ações e serviços prestados pelo GHC ao SUS, lembrando que isso representa 100% da produção assistencial e de gestão do Grupo (GHC 100% SUS).

Essa interface entre o GHC e a participação ativa de usuários e trabalhadores, com inúmeros fóruns participativos setoriais e temáticos, constitui um conceito inovador na gestão institucional, que é o **ecossistema de participação** do Grupo. Além de fóruns com função mais organizacional, nos diferentes setores e serviços, como descrito acima, o GHC implementou um conjunto de fóruns participativos com uma configuração político-estratégica para aumentar a interface com a população e com a produção da equidade por meio de políticas afirmativas. A Gerência de Participação Social e Diversidade, apoia e coordena a ação das seguintes Comissões Especiais:

- **Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade de Gênero (CEGÊ-NERO):** Atua para promover a inclusão de todas as pessoas, independente de suas características, garantindo que seus direitos sejam respeitados nas ações de cuidado, na organização do trabalho e no acesso às iniciativas de desenvolvimento profissional e produção de conexões com outras organizações da sociedade. Além de ações organizativas, implementa ações que têm foco na produção de uma cultura de igualdade de acesso e equidade de gênero, considerando as interseccionalidades que esse objetivo comporta.
- **Comissão Especial de Políticas de Promoção da Acessibilidade e Mobilidade (CEPPAM):** tem como objetivo promover a inclusão social de pessoas com deficiência (temporária ou permanente), gestantes, idosos e pessoas com obesidade. Atua na elaboração e implementação de normas e procedimentos que assegurem a acessibilidade nos diferentes ambientes institucionais, em todos os âmbitos da vida, abrangendo desde ambientes de trabalho até espaços de uso

público, garantindo igualdade de oportunidades e respeito às necessidades de todos. Em articulação com outros setores, a CEP-PAM e a Gerência de Participação Social e Diversidade desenvolve o projeto Comunicação Facilitada, com um banco de dados de trabalhadores com habilidades em diferentes idiomas e em língua de sinais, que podem ser mobilizados para apoiar a comunicação nos diferentes serviços. Além da ação interna, a Comissão articula as ações do GHC a outras iniciativas da sociedade para a acessibilidade e mobilidade, contribuindo para a superação dos capacitismos e para o alcance da acessibilidade e mobilidade de todas as pessoas.

- **Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (CEPPIR):** desempenha um papel fundamental na luta contra o racismo institucional e na promoção da equidade racial, por meio da conscientização e sensibilização da sociedade sobre as desigualdades raciais, destacando a importância da luta por direitos e promovendo a inclusão social para garantir oportunidades iguais às pessoas negras.

A formulação e divulgação da Política de Equidade Racial é um marco na história da instituição, afirmando o compromisso institucional com o enfrentamento ao racismo. As ações são desenvolvidas no ambiente interno e na representação externa do GHC, contribuindo também com a produção de uma cultura de inclusão e equidade racial.

Outras iniciativas de inclusão são o programa Jovem Aprendiz, ações de prestação de serviços à comunidade, iniciativas de ação voluntária de familiares e de grupos populacionais, que ampliam a conexão da sociedade com o cotidiano institucional.

A estrutura tecnoassistencial do Grupo Hospitalar Conceição

O GHC nasceu da desapropriação de unidades hospitalares por dívidas tributárias com a União, em 1975. Por meio de decretos, foram desapropriadas 51% das ações do capital social de hospitais privados, como o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmina (HF), declarando-os de utilidade pública. Ao longo dos anos, a rede de serviços foi expandida, incluindo outras unidades de saúde que fazem parte das redes prioritárias

de atenção à saúde do SUS, como unidades de atenção básica, CAPS, UPA e a Escola GHC, com o objetivo de garantir o acesso à saúde da população. A história do Grupo Ihe dá uma característica forte na assistência hospitalar, mas ao longo dos anos a diversificação de serviços de atenção ampliou a abrangência e a natureza das ações que oferece ao SUS.

O GHC desempenha um papel fundamental na rede de saúde pública do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre, sendo responsável por 33% de todas as internações hospitalares, 18% dos procedimentos ambulatoriais e 29% das consultas médicas realizadas no município.

Atualmente, o GHC é formado por uma rede de hospitais e unidades de saúde, onde cada componente desempenha funções específicas para atender às diversas necessidades da saúde pública. A estrutura organizacional é composta por:

- **Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC):** É a principal unidade do Grupo e uma das maiores unidades hospitalares do sul do Brasil. Caracteriza-se como um hospital geral de grande porte, com diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, sendo referência no atendimento de média e alta complexidade para Porto Alegre, Região

Metropolitana e interior do Rio Grande do Sul. Sua estrutura oferece assistência integrada, abrangendo atendimento ambulatorial, emergência, internação clínica e cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico, atenção domiciliar, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), entre outros serviços. Programa de Atenção Domiciliar (PAD) é composto por sete Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e desempenha papel fundamental na alta precoce de usuários e redução de reinternações hospitalares, articulando pontos de atenção nos territórios. O hospital oferece serviços de alta complexidade, como cirurgia cardíaca, oncologia, neurologia e terapia intensiva.

- **Centro de Oncologia e Hematologia (COH):** inaugurado em agosto de 2024, localiza-se no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Integra diversos serviços destinados ao cuidado oncológico, de forma integrada e alta qualidade, tornando possível a realização rápida de diagnósticos e início imediato

dos tratamentos, com espaço de convivência entre usuários e acompanhantes, que responde às orientações mais atuais para o cuidado das pessoas com câncer. Foi implementado com tecnologias de ponta, como um acelerador linear, que possibilita a realização de tratamentos de radioterapia no mesmo local, reduzindo o tempo de espera e otimizando o cuidado prestado às pessoas com câncer. Foi viabilizado por meio do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PER SUS) do Ministério da Saúde e adquirido com os recursos do novo Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Federal.

- **Hospital da Criança Conceição (HCC):** é uma unidade hospitalar especializada no atendimento pediátrico, voltada a usuários com idade entre zero e 14 anos. Como hospital pediátrico geral, oferece assistência integral à criança e ao adolescente, contando com um setor de Emergência 24 horas, Ambulatório de Especialidades, Internação Hospitalar, UTI pediátrica e neonatal. Sua estrutura permite o acompanhamento completo dos usuários, desde o primeiro atendimento até os casos de

alta complexidade, assegurando um cuidado contínuo, humanizado e de excelência.

- **Hospital Cristo Redentor (HCR):** oferece ações de assistência ao trauma maior (politraumatizado) e trauma agudo, relacionados a acidentes de trânsito, acidentes domésticos, quedas, queimaduras e agressões. É Centro de Referência em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia e Queimados, ao SUS em Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul. Possui atendimento de emergência 24 horas, ambulatório especializado em Acupuntura e Fisiatria, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Clínica Médica, Microcirurgia, Neurocirurgia, Queimados e Traumato-Ortopedia. Conta também com o serviço de Reabilitação Física para a recuperação da mobilidade dos usuários.
- **Hospital Fêmina (HF):** Reconhecido pela sua especialização em atenção integral à saúde da mulher, é referência em obstetrícia, ginecologia e neonatologia. É também um centro de excelência para gestação de alto risco, medicina fetal, unidade de reprodução humana,

oncologia do trato genital inferior e mastologia. Conta com um Banco de Leite Humano e serviços especializados para mulheres vítimas de violência e aborto previsto em lei. O hospital também possui um Hospital Dia em Infectologia, ampliando sua capacidade de atendimento especializado. Dispõe da maior emergência 24 horas em ginecologia e obstetrícia da região, além de ambulatorios especializados em ginecologia geral, ginecologia endoscópica, uroginecologia, planejamento familiar, proctologia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia geral e cirurgia plástica.

- Hospital Federal de Bonsucesso (HFB): localizado na cidade do Rio de Janeiro, o HFB passou a compor o complexo de serviços do GHC em outubro de 2024, no âmbito do Plano de Reestruturação dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, tendo sua capacidade operacional totalmente restaurada em janeiro de 2025. O HFB é um complexo hospitalar localizado no Rio de Janeiro que oferece serviços de média e alta complexidade para a Região Metropolitana e para o Estado. Com um perfil predominantemente cirúrgico, conta com

mais de 46 especialidades médicas e 8 não médicas, incluindo cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cardiologia, neurocirurgia, urologia e oftalmologia. O hospital realiza diversos procedimentos por videocirurgia, sendo um importante centro para cirurgias oncológicas, transplante renal e atendimento a gestantes e recém-nascidos de alto risco no SUS. A unidade dispõe de uma emergência obstétrica especializada no atendimento de mães com condições clínicas graves, como diabetes, hipertensão, doenças hematológicas e transplantadas, oferecendo suporte intensivo para bebês prematuros de alto risco, especialmente aqueles com menos de um quilo, por meio de sua UTI e UI Neonatal.

- **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte / Moacyr Scliar:** é referência em atendimento de urgência para a população da Zona Norte de Porto Alegre, além de atender uma expressiva demanda de usuários de outros municípios. Responsável pelo atendimento de urgências e emergências, a UPA do GHC desempenha um papel vital na triagem e estabilização de usuários,

garantindo acesso rápido a cuidados médicos. Ao longo do tempo, o perfil dos usuários atendidos na unidade tem se modificado, o que levou a um aumento no número de atendimentos com condições mais graves e complexas, que, frequentemente, necessitam de internação. A atuação integrada das equipes multiprofissionais produz atendimentos adequados na própria unidade e encaminhamentos adequados e oportunos dos usuários, tanto para a internação hospitalar quanto para o acesso às redes de assistência nas áreas da saúde e social. Nos últimos anos, tem sido incrementada a capacidade física e tecnológica, absorvendo um expressivo aumento de atendimentos e ampliando a resolutividade da unidade.

- **Unidades de Atenção Primária e atendimento ambulatorial especializado em territórios:** oferecem serviços preventivos e básicos, como consultas ambulatoriais, imunizações e acompanhamento de doenças crônicas, atuando como a porta de entrada para o sistema de saúde. Os serviços ambulatoriais em território complementam o escopo de ações

oferecidas nas unidades hospitalares pelo complexo de serviços do GHC e abrangem doze Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) com 39 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Consultório na Rua (CNAR), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS: um infantil, um Adulto II e um Álcool e Drogas III), um Núcleo de Abordagem Familiar (NAF) e um Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG). A gestão dessas unidades é realizada pela Gerência de Atenção Primária à Saúde e elas desenvolvem ações de cuidado muito relevantes como portas de entrada para o SUS, oferecendo atendimento integral às demandas da saúde da população no território abrangido pelas mesmas.

Muito brevemente, na descrição da capacidade assistencial instalada se destaca a diversidade de serviços e áreas de atuação, incluindo diferentes pontos de atenção das redes de atenção à saúde prioritárias para o SUS. Essa abrangência não decorre apenas do fato de que as políticas do SUS criaram, ao longo dos anos de sua implantação, novas modalidades tecnoassistenciais. Mas pelo fato de que, sendo também um laboratório de apoio ao SUS vinculado ao Ministério da Saúde, a imple-

mentação de novas modalidades de serviço nas redes de atenção prioritárias é uma forma de experimentação institucional para o fortalecimento do trabalho no interior dos demais serviços e de preparação para a atuação fora dos limites territoriais dos serviços de atenção à Saúde. Adiante, quando se descreverá as respostas na emergência climática de 2024, essa questão retornará à reflexão.

A Tabela 01 sumariza a capacidade instalada nos serviços do GHC em Porto Alegre e no Rio de Janeiro, demonstrando que as unidades hospitalares são todas de grande porte, que o número de trabalhadores do GHC supera a população de 75% dos municípios gaúchos e que a área construída é maior do que a área de 390 municípios da Região Sul do Brasil e aproximadamente 1/3 da área da Capital Gaúcha.

Tabela 01. Capacidade instalada nos serviços do GHC, dezembro de 2024

UNIDADE	LEITOS INTERNATÓRIO	LEITOS DE UTI	SALAS DE BLOCO CIRÚRGICO	LEITOS DE EMERGÊNCIA	AMBULATÓRIOS	EMPREGADOS	ÁREA CONSTRUIDA
Hospital Nossa Senhora do Conceição	723	59	16	64		5.693	90.437
Centro de Oncologia e Hematologia	94	-	4		22		
Hospital da Criança Conceição	125	70	3			1.138	10.724
Hospital Cristo Redentor	208	29	9			1.662	19.910
Hospital Fátima	114	49	5		18	1.069	12.273
Hospital Federal de Bonsucesso	423	70	13	50	87	3.662	42.242
UPA Moacyr Scliar	-	-	-	21	6	224	1.775
Unidades de Atenção Primária e serviços territoriais	-	-	-		18	449	5.528
TOTAL	1.687	277	50	135	151	13.897	182.889

Fonte: Relatórios institucionais (GHC, 2024a; 2024b) e página institucional (www.ghc.com).

Além dos serviços de atenção à saúde, que foram descritos acima, o GHC também colabora com a forma-

ção de profissionais de saúde e realiza pesquisas científicas que contribuem para o avanço das ciências da saúde. A Escola GHC e a Faculdade de Ciências da Saúde (FaCS-GHC) oferecem cursos técnicos e de graduação na área da saúde e programas de residência médica e multiprofissional reconhecidos nacionalmente. Suas parcerias com universidades e instituições de ensino fortalecem a integração entre prática e teoria, preparando profissionais altamente qualificados para atuar no SUS. Na área de pesquisa, o grupo se destaca pela produção de estudos nas áreas de saúde coletiva, epidemiologia e novas tecnologias em saúde. Essas iniciativas não apenas beneficiam os usuários atendidos pela rede, mas também contribuem para a melhoria contínua do sistema de saúde brasileiro.

Entre os cursos técnicos e superior oferecidos atualmente, encontram-se: o Curso Técnico em Nutrição, o Curso Técnico em Enfermagem, o Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, o Curso de Especialização em Cuidados Paliativos e o Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva. O conjunto de ofertas formativas também inclui Cursos de Aperfeiçoamento e Residências em Saúde. As residências médicas reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica são: Cirurgia do Quadril; Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica; Neurorradiologia Intervencionista; Uro-

ginecologia e cirurgia pélvica reconstrutiva; Oftalmologia - Estrabismo; Oftalmologia - Retina; Trauma Ortopédico. Os 08 programas de residência em área profissional/multiprofissional oferecem 74 vagas e incluem: Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Atenção à Saúde Mental, Atenção ao Paciente Crítico, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Enfermagem Obstétrica, Gestão em Saúde, Onco-Hematologia e Saúde da Família.

A Escola GHC também implementa o Programa de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, que conta com 57 mestrandos desenvolvendo projetos de pesquisa e intervenção.

O propósito Escola GHC, que é vinculada à Diretoria de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação, é fortalecer o ensino, a pesquisa, a extensão e a cooperação técnico-científica, atuando na geração e disseminação de conhecimento científico, tecnológico e inovador na área da saúde. Para isso, também oferece cursos de curta duração para os trabalhadores do GHC e outros perfis de alunos. Às ações de formação, a política de inovação e formação do GHC inclui a inclusão, na dinâmica dos processos de trabalho das equipes, ações de educação permanente em saúde, conforme aponta a política do SUS para o desenvolvimento do trabalho.

O GHC no enfrentamento à crise climática de 2024

Nos últimos dias de abril e início de maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul foi atingido por fortes chuvas, numa emergência climática de grandes proporções, inédita em termos de abrangência e gravidade. Embasado nas experiências prévias e nas orientações internacionais, o Ministério da Saúde coordenou a resposta do sistema de saúde, com forte atuação da Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS) na resposta imediata de assistência, prevenção e mitigação dos efeitos (Nunes; Carvalho; Jatobá, 2024), além da atuação na reconstrução dos sistemas locais de saúde e na gestão da operação de emergência de grandes proporções.

A precipitação de chuvas no estado no mês de maio ultrapassou 450% da média mensal para o período e 44% da média anual de chuvas. Chuvas intensas se concentraram sobre o estado do Rio Grande do Sul atingindo 478 (96%) dos municípios e afetando 2,4 milhões (21%) da população, sendo que aproximadamente 650 mil (5,5%) de pessoas ficaram desalojadas e abrigadas em abrigos provisórios. Até a data de 01/07/2024, as estatísticas de danos humanos decorrentes das chuvas intensas registraram 806 feridos, 179 mortos e 33 desaparecidos. Em relação aos danos patrimoniais em serviços de saúde, 609 estabelecimentos de saúde foram afetados em 182

municípios, sendo que 460 vinculados à Atenção Primária, 138 da Atenção Especializada e 92 categorizadas como unidades de vigilância em saúde e infraestrutura de sistemas locais de saúde. (Ministério da Saúde, 2024).

O Ministério da Saúde, de forma integrada às demais ações do governo federal e articulada com os dirigentes estaduais do Rio Grande do Sul e dos municípios do estado, criou um Centro de Operações Especiais (COE), que atuou de forma sincrônica com o grupo de trabalho vinculado diretamente à Presidência da República. As iniciativas desencadeadas incluíram a infraestrutura rodoviária e aeroviária, a mobilização de diferentes políticas públicas para apoiar o salvamento das pessoas em risco, o suporte em termos de equipamentos e insumos, a coordenação de doações de alimentos, equipamentos e insumos da iniciativa privada e a liberação de recursos financeiros para a manutenção da vida e aquisição de bens essenciais à população atingida, seja para o retorno às suas casas ou para a manutenção dos abrigos, que ultrapassaram 81 mil pessoas, e funcionaram por um período de mais de 40 dias.

O COE do Ministério da Saúde foi sediado nas instalações do prédio administrativo do GHC, que deu suporte operacional, tecnológico e físico às equipes, assim como um volume expressivo de trabalhadores

do Grupo se incorporou às operações ao longo dos três meses de duração da operação especial. Atuaram no apoio operacional, planejamento e monitoramento mais de 300 pessoas, sendo que 140 foram do GHC. O apoio logístico incluiu a gestão do transporte das equipes da FN-SUS e o armazenamento e a distribuição de doações recebidas de todo o país, seja de materiais e insumos para os serviços hospitalares, seja de alimentos e insumos para o apoio às pessoas atingidas.

Na atenção direta às pessoas, organizada pela FN-SUS, atuaram quase 600 pessoas, entre as quais 180 trabalhadores do GHC. No âmbito da atenção, os trabalhadores e as trabalhadoras do GHC e a instituição como um todo exerceram um papel fundamental na logística e organização dos atendimentos nos hospitais de campanha montados nas regiões afetadas, em abrigos e em abordagens de rua, prestando assistência à saúde e humanitária às populações desalojadas, fortalecendo a resposta emergencial do SUS no momento de crise. O GHC ampliou 120 leitos para internações de todo o estado, ampliou o horário de atendimento para um terceiro turno em unidades de atenção primária e contratou emergencialmente trabalhadores para ocupar as 890 vagas temporárias criadas pelo Governo Federal para o enfrentamento da crise.

Entretanto, o GHC foi atingido pelas fortes chuvas também pela sobrecarga assistencial e problemas de infraestrutura física e tecnológica. Os danos patrimoniais ocorreram sobretudo nas unidades de atenção primária localizadas nas áreas de alagamentos, que tiveram que buscar outros espaços físicos para seu funcionamento e, para atender à demanda emergencial, cinco unidades de atenção primária ampliaram o horário de atendimento para um terceiro turno à noite. Além dos profissionais do GHC que atuaram nas equipes da FN-SUS, foram mobilizados mais de 400 profissionais vinculados à atenção primária à saúde para acolher as vítimas das enchentes e atuar nos territórios, mobilizando redes de suporte à vida e à produção da saúde. A força-tarefa incluiu médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, entre outros. O objetivo inicial foi proporcionar acolhimento e abrigo temporário, além de garantir segurança e alimentos às pessoas.

O funcionamento das unidades ambulatoriais e hospitalares também foi afetado pela dificuldade de acesso dos usuários, por decorrência das restrições de deslocamento e efeitos sobre o patrimônio e os territórios. As unidades do GHC implementaram esforços adicionais de busca ativa para garantir a continuidade dos tratamentos

contínuos e agudos, criando uma situação atípica, onde diferentes unidades se ocuparam de aproximações com os territórios de residência dos usuários.

Por fim, o GHC também foi afetado pelos efeitos da crise climática sobre a vida pessoal dos seus trabalhadores, com a invasão da água nos domicílios seus e de dependentes, perda de patrimônio ou agravos à saúde. Nesses casos, por meio da Gerência de Gestão de Pessoas, foi estruturada uma equipe multidisciplinar de apoio aos trabalhadores e trabalhadoras atingidos pelas enchentes, com 42 integrantes. O trabalho inicial foi voltado a identificar as necessidades mais urgentes dos funcionários. A ação incluiu ainda a arrecadação e a distribuição de doações, a busca ativa de empregados que moravam nas áreas alagadas e a escuta das vítimas. Neste processo, mais de 500 pessoas foram atendidas.

No conjunto das respostas de apoio ao Ministério da Saúde e de ação interna, o GHC mobilizou recursos financeiros e tecnológicos de forma ágil, estabelecendo operações logísticas e assistenciais de forma emergencial, assim como participando das redes de colaboração com as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, com as Forças Armadas, com instituições locais e empresas privadas, buscando fortalecer a governança interinstitucional e reforçar a responsabilidade social do GHC.

O GHC, com seu complexo de serviços com diferentes modalidades tecnoassistenciais, com um percurso de apoio ao SUS como laboratório do Ministério da Saúde em suas políticas e iniciativas inovadoras, com um abrangente ecossistema de participação que mobiliza trabalhadores, usuários e gestores locais no desenvolvimento institucional e no fortalecimento do trabalho realizado nos seus diferentes serviços, propiciou uma base significativa de respostas às emergências climáticas no Rio Grande do Sul e em outros territórios.

Como resultado, o GHC foi reconhecido e anunciado pelas autoridades do Ministério da Saúde como centro colaborador no enfrentamento às emergências climáticas e sanitárias, considerando as respostas nas enchentes de 2024, além de outras em que houve participação ativa de trabalhadores em missões nacionais e internacionais, que apoiaram as ações da gestão do SUS.

O reconhecimento interno e externo da capacidade operacional e de gestão de processos de trabalho adequados e oportunos para o enfrentamento a emergências climáticas e desastres de grandes proporções já gera novas oportunidades. Ainda em 2025, será realizado o 1º Congresso do GHC, com a temática “Emergências climáticas, cuidados integrados e participação social: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saú-

de”, buscando compreender de forma mais ampliada esses fenômenos, ampliar a rede de intercâmbios, compartilhar as experiências já implementadas e desenvolver ainda mais a capacidade de respostas por meio de processos internos de trabalho na atenção e na gestão.

Ainda no âmbito do reconhecimento, as Secretarias de Atenção Primária em Saúde e de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, encomendaram um projeto muito relevante para a ampliação da resiliência dos sistemas locais de saúde no Rio Grande do Sul, que inclui a formação de trabalhadores da atenção primária em todo o estado, além do desenvolvimento de tecnologias e metodologias para a mobilização social e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde. O projeto “Vigilância popular no cotidiano da atenção à saúde nos territórios: formação de agentes comunitários de saúde e produção de conexões em linhas de cuidado em agravos prioritários no estado do Rio Grande do Sul (Saúde Prá Gente)” permitirá fortalecer a perspectiva da vigilância comunitária em saúde nos pontos de atenção, nos territórios e na ação dos agentes comunitários de saúde do Rio Grande do Sul, por meio de ações formativas e sistematização de metodologias e tecnologias que fortaleçam a atenção básica por meio de redes de cooperação entre educação, trabalho e participação social.

No GHC, o empenho institucional é para que não se desperdicem experiências de fortalecimento do SUS, de desenvolvimento do trabalho no interior da instituição, ampliando redes de cooperação para melhor cuidar das pessoas e das coletividades e, assim, amalgamando os laços entre a saúde e a democracia, dado que, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no nascedouro do Sistema Único de Saúde, sabemos que não há democracia sem saúde e não há saúde sem democracia.

Considerações finais: aprendendo com a crise climática

Desde o título deste manuscrito, pontuamos a questão do desenvolvimento institucional como aprendizagem necessária, de acordo com o que aponta a política de educação permanente do SUS (Ministério da Saúde, 2004; 2005; Ceccim & Ferla, 2008) para o trabalho realizado no interior de serviços e sistemas de saúde. O chamado “quadrilátero da formação” (Ceccim; Feuerwerker, 2004) é uma imagem para afirmar que ao sistema de saúde e ao trabalho em saúde não cabe apenas a assistência às doenças e que para o desenvolvimento do trabalho no interior de redes e serviços de saúde é necessário considerar a gestão setorial, a atenção à saúde, a participação social e a formação. Se a figura inicialmente é um quadrilátero com esses vértices, o cotidiano os coloca em

movimento, substituindo a imagem do quadrilátero por uma mandala, que retira a nitidez da figura original e requer a inteligência freireana (*aprender para mudar a si e ao mundo*) para que trabalhadores e instituições atuem construtivamente, ativando os âmbitos do trabalho no SUS indicados pelos vértices da figura original.

O desenvolvimento do trabalho nas instituições e no cotidiano dos serviços requer aprendizagem com o trabalho, além das evidências da ciência e do conhecimento de normas e protocolos. Por isso, desenvolver instituições e agentes do trabalho na saúde requer políticas e iniciativas que são estruturantes do trabalho de cada pessoa e equipe, criando um movimento permanente de “travessia de fronteiras” (Ceccim; Ferla, 2008), que também pode ser denominado de inovação. Não foi por outro motivo que, na reestruturação organizacional que foi implementada pela gestão que se iniciou em maio de 2023, foi criada uma diretoria com a missão de coordenar a política institucional de inovação, gestão do trabalho e da educação na saúde. E é por isso também que, na descrição institucional, colocamos ênfase na dimensão da atenção, da gestão, da participação e da formação.

A crise sanitária produzida pelas fortes chuvas em maio de 2024 tensionou o GHC de várias formas: ampliou significativamente as demandas assistenciais,

comprometeu a estrutura física e tecnológica, afetou a vida e o trabalho de centenas de pessoas que fazem cotidianamente as unidades e serviços do GHC, gerou a necessidade de rápidas transformações nos processos de trabalho de gestão e de atenção para adequar as respostas à crise na saúde pública gaúcha, obrigou a dupla resposta às demandas regulares e emergências que chegam às unidades e tantas outras. Mas, por outro lado, demonstrou que o GHC, sua gestão e o conjunto de pessoas que trabalham nos diferentes serviços, é parte fundamental do SUS regional e nacional, ágil em seus processos administrativos e operacionais e sensível e solidário com todas as vidas que ocupam os territórios.

Com compromisso com a ciência e com a ética da vida, em observância às normas legais e com os princípios da administração pública eficiente, moderna e transparente, aprendemos na adversidade e na interação cotidiana com os territórios e com as instituições. Para além da agilidade, eficiência e transparência, a inovação é um valor institucional relevante, que se constrói em diálogos internos, com as instâncias de participação e controle social, com os princípios e diretrizes do SUS e com uma crescente rede de cooperação interinstitucional. Absorver e produzir conhecimentos e tecnologias que apoiem a ergonomia dos processos de trabalho

e o diálogo com as instituições do estado brasileiro e das organizações da sociedade tornam o GHC, mais do que um reconhecido complexo de serviços de atenção à saúde, mas um laboratório de boas práticas para apoiar o Ministério da Saúde e o SUS. O enfrentamento à emergência climática nos ensinou, ainda mais uma vez, que esse é um caminho virtuoso e impostergável.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2004). **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2005). **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília; Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Operações Especiais Chuvas Intensas e Inundações no Rio Grande do Sul. (2024). **Relatório de 60 dias. Ações locais do Ministério da Saúde para a Situação de Emergência no Rio Grande do Sul.** Brasília, Ministério da Saúde.

Ceccim, RB, & Feuerwerker, LCM. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 14(1), 41–65. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>

Ceccim, R. B., & Ferla, A. A.. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**,

6(3), 443–456. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. (2024a). Relatório Integrado, 2024. Porto Alegre, GHC. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/2025.05.28_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2024.pdf

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. (2024b). **Relatório da Administração**. Porto Alegre, GHC. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/RelatorioAnualdaAdministracao2024.pdf>

Massuda, A., Bigoni, A., Paschoalotto, M. A., & Tasca, R. (2022). Rumos para um sistema de saúde resiliente. **GV-EXECUTIVO**, 21(2). <https://doi.org/10.12660/gvexec.v21n2.2022.85938>

Mosadeghrad, AM; Isfahani, P; Eslambolchi, L; Zahmatkesh, M; Afshari5, M. (2023). Strategies to strengthen a climate-resilient health system: a scoping review. **Globalization and Health**, 19:62. **Globalization and Health**. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-023-00965-2>

Nunes, PC., Carvalho, PVR., & Jatobá, A. (2025). A tragédia climática no Rio Grande do Sul e a Força Nacional do SUS: política pública com foco na resiliência diante de novas crises sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 30, e09852024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.09852024>

Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Castro MC, Rocha R, Massuda A. (2022). **A resiliência de sistemas de saúde**: apontamentos para uma agenda de pesquisa para o SUS. *Saúde debate* [Internet]. 46(spe8):156–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E812>

WHO. World Health Organization. (2015). **Operational framework for building climate resilient health systems**. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/189951/1/9789241565073_eng.pdf

WHO. World Health Organization. (2023). **Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems**. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373837/9789240081888-eng.pdf?sequence=1>

MICROPOLÍTICAS DO CUIDADO: REFLEXOS A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NO CONTEXTO DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL

Vera Lúcia Pasini

Ana Caroline Ongaratto de Oliveira

Jenaína Tres

Taciane de Mello Duarte

Vitória de Souza Francisco

Águas de maio. Frágeis memórias, grandes perdas....

O “Muro da Mauá” articulado a muitos quilômetros de diques que cercam a cidade é um dos dispositivos de defesa de Porto Alegre contra alagamentos, em caso de cheias produzidas pelo volume de águas que costuma chegar ao Guaíba em períodos de chuvas intensas. Esse sistema de proteção foi desenvolvido após maio de 1941, quando uma grande enchente invadiu a cidade, tomando suas ruas e prédios e causando muita destruição (Guimarães, 2009).

Até poucos meses atrás, não refletíamos sobre como esse tema poderia interferir nas condições de saúde da população. Porém, no final do mês de abril e início de maio de 2024, o Rio Grande do Sul (RS) foi tomado por um grande volume de chuvas. Em poucos dias a capital e muitas outras cidades do estado foram

afogadas pelas águas.

Segundo a Defesa Civil do RS, em balanço apresentado em 12/05/2024, 447 cidades do RS foram atingidas, com efeitos diretos sobre as vidas de 2.115.703 pessoas, 538.743 desalojados de suas casas e 81.200 abrigados em alojamentos temporários instalados e geridos por entidades públicas e privadas em diferentes municípios do Estado (Rio Grande do Sul, 2024).

Neste período, residentes do Programa de Saúde Mental Coletiva da UFRGS acompanhadas de uma das tutoras do programa, se inseriram em alojamentos, articulando-se às equipes de saúde, saúde mental e assistência social para oferecer variadas formas de atenção em cada espaço. O objetivo era contribuir para delinear estratégias de apoio psicossocial a serem organizadas para atender as demandas no cotidiano dos alojamentos, com foco nos “primeiros cuidados psicológicos” (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Organização Mundial Da Saúde, 2015).

Atentas aos atores e jogos de forças que se engendraram a partir da eclosão de um desastre de tal proporção, bem como aos discursos e conceitos da saúde (e saúde mental) operados neste contexto, passamos a refletir sobre os modos como esta experiência reverbera na formação em saúde.

Contexto das estruturas de abrigos acompanhados

Durante dois meses estivemos presentes em quatro espaços configurados como “abrigo provisórios”¹ em Porto Alegre. Um deles, organizado na zona norte, em uma grande estrutura pública do Estado do RS, chegou a receber mais de mil pessoas oriundas de POA e de municípios da região metropolitana. O segundo, na zona central, utilizou as dependências do campus de uma universidade federal e estima-se que tenha recebido mais de 500 pessoas. O terceiro ocupou a estrutura física de uma grande escola pública, situada na zona central da cidade, recebeu cerca de 150 pessoas da região metropolitana, de bairros da região Central, ou/e pessoas em situação de rua que buscaram refúgio ali. O quarto espaço utilizou-se da estrutura física de uma escola da rede privada da zona norte, e recebeu cerca de 200 abrigados daquela região.

Dois dos alojamentos foram coordenados por uma Agência Humanitária contratada pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Porto Alegre para administrar aquelas e outras estruturas na cidade. Apesar de apresentar-se, em seu site oficial, como experiente na

1 Vamos preferir nomear estas estruturas como *alojamentos provisórios*, considerando os marcos regulatórios no âmbito do Sistema Único de Assistência Social assim denominá-las, apesar de a Lei nº 12.608/2012, denominá-las de abrigo provisório.

“resposta a emergências e recuperação pós-crise”, o que se observava, de modo especial em um dos alojamentos, era o total despreparo para lidar com a gestão de uma estrutura daquela natureza. Em um dos alojamentos, a falta de controle sobre o acesso de voluntários, que tinham circulação livre no ambiente ao manifestarem o “desejo de ajudar”, foi algo que nos impactou. Somente após muita insistência de nossa parte, passaram a ser coletados dados de identificação das pessoas que ingressaram no espaço, mas ainda sem que houvesse qualquer “triagem” para definição das atividades a serem desenvolvidas pelos voluntários.

No outro alojamento gerido pela mesma instituição havia controle dos acessos, com checagem do cadastro dos ingressantes, mas essa estrutura de controle, que visava à proteção das pessoas alojadas, foi organizada pelos servidores e estudantes da universidade que cedeu o espaço para a organização do alojamento, tendo a Agência Humanitária se incorporado à organização proposta. O fato de contar com a presença de gestores, docentes, técnicos e estudantes da universidade a que se vinculava, com a organização de uma comissão local que se reunia sistematicamente para discutir o funcionamento e situações produzidas no dia a dia, dava sustentação às condições de funcionamento pla-

nejadas.

No terceiro alojamento, a organização foi concebida por voluntários, que coordenavam o espaço, após negociação direta com a direção da escola. As ações eram realizadas entre grupos de trabalho que se reuniam para planejamento e resolução de questões do cotidiano. Após duas semanas, profissionais de uma rede contratualizada com a Política de Assistência Social do município passaram a compor as ações de apoio psicossocial no alojamento, possibilitando maior qualificação do cuidado e direcionamento das ações.

O quarto alojamento apresentava uma organização com um viés religioso, que se manifestava sob o pretexto de cuidado à saúde. A presença de forte orientação religiosa impunha práticas católicas, vivenciadas como uma forma de abuso de poder, pois limitava a liberdade individual e a singularidade das pessoas, com desrespeito à diversidade de crenças ou práticas pessoais.

As especificidades das formas de organização e de funcionamento dos locais produziram efeitos nos modos como as pessoas eram acolhidas, de acordo com entendimentos sobre o direito que teriam de ocupá-los. Um destes questionamentos foi em relação à **presença** de pessoas que já viviam em situação de rua, visto que

não foram “desabrigadas” pelas enchentes.

Em contextos de calamidades, perdas, sofrimentos e traumas, podem produzir tensões e ensejar violações de direitos de mulheres, crianças e adolescentes, sendo primordial que a organização e administração dos abrigos garantam condições de proteção. A Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (BRASIL, 2012) estabelece, em seu artigo 8º, incisos VIII, XII e XIV, que compete aos municípios:

(...)

VIII - organizar e administrar abrigos provisórios para assistência à população em situação de desastre, em condições adequadas de higiene e segurança;

(...)

XII - promover a coleta, a distribuição e o controle de suprimentos em situações de desastre;

(...)

XIV - manter a União e o Estado informados sobre a ocorrência de desastres e as atividades de proteção civil no Município;

Parece-nos que, em relação a esses três itens, a organização e administração dos alojamentos provisórios foi um elemento bastante crítico, no município de Porto Alegre, que delegou a gestão das estruturas a entidades sem a capacitação para o desenvolvimento da tarefa. O Ministério Público do Rio Grande do Sul, em uma das produções técnico-jurídica publicadas sobre o tema, aponta que: “a responsabilidade pela administra-

ção dos abrigos provisórios cabe ao gestor municipal, especificamente ao órgão da Defesa Civil, podendo, sob forma de cooperação, ser organizado pelos órgãos estaduais e/ou federais de Defesa Civil” (Rio Grande do Sul, 2024, p. 20).

O documento também destaca que, “A organização da dinâmica e do espaço físico do abrigo deverá atender às características específicas dos diferentes públicos acolhidos, sempre preservando a unidade familiar” (Rio Grande do Sul, 2024, p.21), o que não se verificou em todos os espaços nos quais estivemos inseridas. As diferenças culturais muitas vezes eram avaliadas como inadequações (como as formas de educação e cuidado das crianças, de relação com os outros), em especial quando se tratava de pessoas imigrantes, mas também se estabeleciam questões relacionadas a diferentes compreensões das formas de ser e viver, de acordo com as classes sociais. Distintas concepções estavam em jogo e evidenciaram-se na forma de organização dos abrigos, na gestão dos espaços e nas relações estabelecidas com os alojados, e diziam muito sobre as concepções de sujeito de direito que estavam em jogo nos locais.

Vidas Alagadas²: Acolhimento das demandas de cuidado no cotidiano dos alojamentos

As enchentes que atingiram Porto Alegre (POA) e o estado do Rio Grande do Sul nos movimentaram ao encontro de subjetividades agora marcadas pelo traumático: sair às pressas de suas casas, suas comunidades, enquanto a água tomava conta de seus imóveis, móveis, memórias e afetos de uma vida toda.

Parte da população acolhida já tinha vivências anteriores, como os moradores das Ilhas de POA, já acostumados com as águas subindo, ano após ano. Porém, para a maioria das pessoas, esse era um encontro inédito com o real das águas. Incrédulos, narravam que saíram de suas casas no último minuto, pois não acreditavam que as águas chegariam com tamanha intensidade.

Chegamos aos alojamentos três dias depois das águas invadirem Porto Alegre. As pessoas ainda estavam sendo resgatadas e levadas aos alojamentos. No primeiro alojamento em que chegamos, havia em torno de mil acolhidos. O cenário era de agitação, desamparo,

2 O nome deste subtítulo é inspirado no texto “Uma escuta psicanalítica das vidas secas”, de Miriam Debieux Rosa (2002), que aponta algumas consequências da pobreza extrema e da exclusão social nos sujeitos do modelo econômico neoliberal, particularmente nos jovens da periferia de um grande centro urbano como São Paulo.

desorganização e busca pelo atendimento das necessidades básicas como roupas, água, alimentação, um colchão para repousar o corpo esgotado de tanto esforço e tristeza. O Estado se apresentava ali através de entidades contratadas, na perspectiva do empresariamento das políticas públicas (Miranda, 2017) que tem marcado as gestões municipais e estaduais em nosso país, tanto nas políticas de Assistência Social como da Saúde. Evidenciava-se de imediato que essas políticas não se articulavam e que o trabalho estabelecido naquele espaço era “cada um por si”. A saúde preocupada em identificar os “doentes” e compensar os “descompensados”, e a Assistência Social preocupava-se em gerir e organizar o espaço do alojamento, em relação à distribuição de insumos de necessidade imediata e orientações sobre acesso a direitos.

Essa fragmentação do trabalho produzia fragmentação das vidas ali presentes e deixava grandes vazios de cuidado. Afinal, problemáticas como a presença de violência, de dificuldades de acesso, entendimento e comunicação no cotidiano, não eram vistos, e nenhum agente do Estado se responsabilizava por estes. Um exemplo disso aparece no cuidado que oferecemos para o Sr. Luiz³, 65 anos, preto, deficiente físico, usuário de

3 Nome fictício.

drogas (lícitas e ilícitas) e em situação de rua. Luiz foi atendido pela equipe de saúde, que o colocou na lista de “dependentes químicos”, oferecendo medicações psiquiátricas de uso contínuo para controle da abstinência, sendo todo o dia lembrado sobre a necessidade de uso. Quando o encontramos, Luiz relatou estar sentindo fome, pois já havia se passado uma hora do início do almoço e ainda havia uma grande fila para retirada da alimentação. Luiz comenta que não consegue permanecer em pé na fila e que por isso optou por esperar a fila acabar para retirar sua alimentação. A equipe de saúde não se ocupou de entender qual era a demanda concreta de Luiz naquele momento, pois a ordem dada toda manhã pelo gestor das equipes era de que o trabalho da equipe de saúde era “do posto para dentro”, referindo-se ao espaço físico onde a equipe de saúde foi alocada. Sugerimos e negociamos com o gestor do espaço para que fosse implementada uma fila preferencial, entendendo que o acesso à alimentação é um determinante de saúde e algo com o qual nós, profissionais da saúde, também devemos nos ocupar numa situação como essa.

Em outro alojamento, a oferta de cuidado em saúde era promovida por uma equipe de trabalhadores de um hospital público, docentes e estudantes da universidade que cedia o espaço para a organização do

alojamento. Havia um espaço próprio para atendimento médico e de enfermagem, que atendia as demandas por busca espontânea e outro onde era oferecido atendimento psicossocial (com o envolvimento de docentes, estudantes e voluntários/as dos cursos de Psicologia e Serviço Social) e atendimento odontológico (sob responsabilidade de docentes e estudantes do curso de Odontologia). Havia também, profissionais de referência, vinculados à universidade, para atender demandas para psiquiatria, fisioterapia, fonoaudiologia e outras áreas da saúde. Uma das questões identificadas, posteriormente ao início dos trabalhos, foi a dificuldade de registro dos atendimentos realizados, com vistas ao seguimento após a situação de crise, pois as equipes do local não possuíam acesso ao e-SUS⁴. Nas semanas finais de funcionamento do alojamento foi pactuada a vinda de uma equipe vinculada à secretaria municipal de saúde, a partir de articulação da organização do alojamento, para transferir os registros feitos no local (em papel ou arquivos eletrônicos) para o sistema informatizado do Ministério da Saúde, visando garantir que não se perdessem informações importantes identificadas no período.

4 O e-SUS é um sistema de informação em saúde produzido pelo Ministério da Saúde, que permite o registro e a gestão de dados sobre a saúde dos pacientes.

Além dos espaços para atenção à saúde e psicossocial, estudantes e docentes se voluntariaram para organizar um lactário, sala de recreação, rouparia, lavanderia, canil e para acolher demandas no cotidiano do abrigo. Ofereciam também atividades culturais e esportivas. Inicialmente, uma assistente social vinculada ao município fazia a ponte entre a gestão municipal e as ações do grupo de atenção psicossocial, que lidava com acessos a direitos e escutas relacionadas à sofrimentos psíquicos.

A gestão municipal se fazia presente no alojamento através da representação de gestores de políticas do município, mas nenhuma vinculada à saúde ou assistência social. Essas áreas ficaram delegadas às organizações contratualizadas que, ao longo dos dois meses em que o abrigo esteve em funcionamento, enviaram Assistentes Sociais e Psicólogas/os para realização de cadastramentos, para os diversos benefícios aos quais os alojados tinham direito. Por vezes, mais de uma equipe esteve presente concomitantemente, realizando cadastros com coleta dos mesmos dados, o que gerava desconforto e irritação entre os alojados, que não entendiam por que precisavam repetir tantas vezes as mesmas informações, sem que pudessem visualizar efetivamente o encaminhamento de suas necessidades.

Neste espaço, a oferta de atenção e cuidado aos alojados era grande e garantia a possibilidade de encaminhamento de situações há muito pendentes (como o cuidado em saúde bucal e saúde mental, que permitiu a muitos alojados a possibilidade de resolução de problemas para os quais não tiveram acesso na rede municipal até aquele momento), dando visibilidade às dificuldades de acesso da população aos serviços que deveriam ser disponibilizados pela rede municipal.

Escutamos de diferentes pessoas a percepção de que no alojamento estavam sendo melhor atendidas pela saúde do que em seus territórios de origem. Essa enunciação é reveladora da desassistência que vem acontecendo nos territórios, onde a população não consegue acesso rápido e fácil aos profissionais, tratamentos e encaminhamentos para cuidados especializados. Quando questionados pelas autoras sobre o desejo de retornar para suas casas, alguns abrigados respondiam: “Aqui estou bem, minha filha! Posso ir ao posto de saúde, tenho roupa, tenho comida... Não pretendo sair daqui tão cedo”. Entendemos essas manifestações como denúncias de uma forma de violência a qual estão expostas pessoas que residem em territórios periféricos⁵ das cidades, onde se mantém as desigualdades das

5 [...] A partir dos anos 1960 o termo periferia substituiu o do

condições humanas, que são aceitas passivamente pelas autoridades competentes, responsáveis pela destinação dos recursos públicos. Como refere Silva (2015, p.6),

avaliar uma comunidade na “periferia” de um “centro” urbano na “contemporaneidade” sem conhecer a genealogia de suas “particularidades” ou, na perspectiva de Rouanet (2003), de suas “individualidades coletivas”, é subtrair as causalidades que definem as condições sociais que a caracterizam. Estaríamos desse modo, escondendo os reais “fatos históricos” que justificariam (se é que são justificáveis) as desigualdades que aprofundam o abismo entre os ricos e os pobres, entre o “Centro e a Periferia”. Além de não permitir a identificação dos verdadeiros interessados pela manutenção desse abismo.

Nos alojamentos geridos inicialmente por voluntários, nos juntamos aos profissionais que já estavam atuando, nos ocupando dos acolhimentos e escutas das questões de saúde mental, bem como da escuta institucional das formas de organização do alojamento e atravessamentos políticos presentes no espaço. Desdobramos essa primeira escuta em dois focos de atuação: a articulação com a rede intersetorial para seguimento do cuidado e a costura entre o trabalho da atenção psicossocial e o cuidado biomédico.

subúrbio. A periferia passou a designar um dos pólos antagônicos entre a pobreza e a riqueza. Centro e periferia fariam parte da nova modernidade e expressariam do ponto de vista geográfico as desigualdades sociais da sociedade brasileira. É no centro que se concentra a riqueza e o poder e na periferia a pobreza. Significados que também se apresentam em escala internacional, onde os países ricos seriam os países centrais e os países pobres, os periféricos. O mesmo ocorre nas sociedades latinoamericanas (Soto, 2008).

A articulação com a rede intersetorial revelou como fragilidades a dificuldade de contato e acesso aos serviços - inclusive porque muitos também foram atingidos e tiveram as equipes deslocadas para outras regiões - e o desconhecimento da rede. Após mapear e ouvir as pessoas, organizamos as informações para acionar serviços e garantir o acompanhamento na rede pública, especialmente na saúde e na assistência social.

Durante este processo de inserção e organização de um fluxo de trabalho, nos demos conta, da fragmentação das demandas, ocorrendo uma divisão - inclusive espacial - das equipes de cuidado em saúde, dentro da área da escola, sendo uma destinada ao atendimento psicossocial (composta pelos núcleos de psicologia e serviçosocial), e outra destinada ao “atendimento médico”, composta por profissionais da medicina, enfermagem e farmácia. Assim, uma das estratégias utilizadas foi buscar aumentar a comunicação e permeabilidade entre os profissionais envolvidos nos atendimentos, com a unificação dos prontuários e registros produzidos ao longo dos dias do alojamento.

No mapeamento percebemos que mais da metade das pessoas viviam em situação de rua anteriormente às enchentes, muitas sem acompanhamento pela política de Assistência Social. Essa população tem for-

mas particulares de circular pela cidade, e por este motivo acabavam tendo algumas dificuldades para seguir as normas estabelecidas naquele espaço. Além disso, era evidente a dificuldade dos profissionais presentes em lidar com usuários de substâncias psicoativas, para além da lógica da abstinência, recorrendo à prescrição de medicamentos como estratégia principal para lidar com essa situação. Percebemos também um movimento de transferência das pessoas em situação de rua para outros locais ou até mesmo o acionamento de estratégias para dificultar a permanência naquele espaço, sob o argumento de que o alojamento foi aberto com o objetivo de acolher “famílias”, num evidente viés higienista e de manifestação da falta de entendimento quanto ao conceito de família no contemporâneo.

Os abrigos refletiram a diversidade social, mostrando desafios na gestão das diferenças culturais e comportamentais. A tentativa de homogeneização frequente reproduziu violências estruturais, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais sensível e adequada às realidades individuais. Como espaços vivo de produção de sentidos e de vivências, ali também se reproduziram as violências estruturais tão presentes na história da constituição de nossa sociedade. A dinâmica dos territórios, conflitos e diferenças ressoavam diaria-

mente, criando um espaço heterogêneo e de encontro do infamiliar⁶ (Freud, 1919/2006).

Reconhecer o traço que difere e encontrar um modo de estar com ele em laço social é um desafio para nossa sociedade, e também foi para a convivência nos alojamentos. O que vimos foram tentativas de “enquadrar” todas as pessoas e situações na mesma organização, impondo verdades e saberes que não dialogavam com os sujeitos envolvidos. Tentativas de organização reproduziam violências já vivenciadas por essas populações, pois partiam do viés moralista. Um dos exemplos quanto a isso é visível na oferta de espaços religiosos apenas para uma determinada matriz, bem como nos movimentos das equipes para retirada do espaço aqueles “que davam trabalho”, dando a ver em funcionamento lógicas morais e manicomiais.

O conceito de saúde operacionalizado nas ações de cuidado nos alojamentos

Se o trabalho em rede, o conceito ampliado de saúde, a clínica ampliada e o respeito às diversidades são desafios diários na operacionalização do SUS no coti-

⁶ Conceito trazido por Freud (1919) originalmente através da palavra alemã *Unheimliche*. Relaciona-se com o que é assustador, com o que provoca medo e horror; é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido de velho e, há muito, familiar, mas que guarda uma dimensão que não se sabe.

diano, colocar esses conceitos em funcionamento em um contexto de calamidade pública, onde os agentes do Estado, os trabalhadores da saúde e a população se encontram em situação de emergência do novo, torna-se um desafio ainda maior. Novo *setting* de trabalho, novas demandas, sujeitos atravessados pelo traumático das enchentes, nos convocam a rever nossas formações e ferramentas de trabalho em saúde.

No acolhimento das demandas no cotidiano dos alojamentos vimos operar a noção de saúde enquanto ausência de doença, limitando a atenção à saúde e saúde mental à identificação de diagnósticos clínicos e de transtornos mentais e ao manejo de situações de exacerbação afetiva, entendidas como “crises” a serem manejadas, visando sua dissipação e controle. Este modelo de atenção produzia a fragmentação dos sujeitos acolhidos, com a oferta de atendimento por equipes distintas e em ações desarticuladas, envolvendo uma mesma pessoa ou família, e dificultando o cuidado em rede, fundamental para a articulação e seguimento do cuidado na perspectiva longitudinal.

De acordo com o guia produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os “Primeiros Cuidados Psicológicos” em contextos de desastres e tragédias passam prioritariamente pela oferta de apoio e cuidado

práticos não invasivos, de acordo com as necessidades e preocupações identificadas, ajudando as pessoas a suprir suas necessidades básicas. É importante escutar as pessoas sem pressioná-las a falar, mas oferecendo conforto e ajuda na busca de informações, serviços e suportes sociais, protegendo de danos adicionais. Essas são função das equipes presentes nos alojamentos, incluindo as equipes de saúde (Organização Mundial Da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global Internacional, 2015).

Com a experiência vivida, entendemos a importância de estarmos atentas à exposição da vida, da intimidade e da imagem dos abrigados, bem como à circulação de pessoas no espaço do alojamento e aos riscos de produção de violência e reprodução de violências estruturais.

A oferta dos primeiros cuidados psicológicos pode ser oferecida por trabalhadores e voluntários (orientados e acompanhados pela equipe de saúde), intervindo na redução do impacto psicossocial pós-desastre, na agudização de casos já estáveis e na tendência de aumento no número de casos se sofrimento agravado em médio e longo prazos, exigindo a ampliação e capacitação da rede (Noal *et al.*, 2020) para que os diferentes atores envolvidos possam se responsabilizar pelas ações

e pelo compartilhamento do cuidado.

O suporte especializado aos usuários com diagnósticos conhecidos é uma das ações a ser ofertada, especialmente em momentos de disruptura, produzidas pela/na situação de alojamento provisório, mas não é a única ou mais importante ação de cuidado.

Uma das situações que nos colocou frente a diferentes perspectivas de vida foi o caso de Marta⁷, uma senhora branca de 80 anos, desacompanhada, trazendo diversas demandas de saúde e necessidades materiais para as quais solicitava auxílio, ao mesmo tempo em que afirmava o desejo de seguir “seus caminhos”, que muitas vezes conflitavam com a conduta orientada pelos profissionais. Residente de um bairro distante e periférico da cidade, sua casa foi afetada pela enchente e por este motivo ela não poderia retornar, não sendo possível, naquele momento, buscar acolhimento pelos membros da família. Quando da iminência de fechamento do abrigo, começamos a articular uma vaga em outro lugar, com os serviços que já acompanhavam Marta. Contudo, Marta preferia ficar na rua, onde já tinha estado em outros momentos, e onde, segundo ela, era cuidada e tinha muitos amigos. Apesar das tentativas de estabelecer acordos com Marta, ela seguia na afirma-

⁷ Nome fictício.

ção do seu desejo em ir para um lugar que via como protetivo e seguro, em divergência com a concepção da equipe. Esse fragmento evidencia a importância da escuta do sujeito na busca por encaminhamentos que respeitem as singularidades e não visem à reprodução de soluções prescritivas e universais.

A oferta de atenção fragmentada nos alojamentos levava a reprodução da lógica ambulatorial e médico centrada, bem como ao predomínio da medicalização e medicamentação⁸, como estratégias para lidar com os sentimentos e sofrimentos decorrentes da situação vivida naquele momento.

Colocar na ordem do transtorno, do patológico, expressões humanas frente ao desamparo de perdas irrecuperáveis como as produzidas em um desastre como o das enchentes no RS é retirar o sujeito do centro de seu sofrimento, produzindo o silenciamento que deriva desse sofrimento. Entendemos, como Rosa (2022, p. 6), que:

(...) certos discursos sociais fazem valer seu poder ao se equipararem ao campo simbólico da cultura e da linguagem, naturalizando essas atribuições e evitando dar visibilidade aos embates sociais e políticos presentes em sua base (Rosa, 2016). Esse discurso

⁸ Entendemos aqui os dois termos como distintos, porém relacionados, sendo a medicalização o processo de transformação de experiências da vida social como objetos de intervenção da saúde (Freitas; Amarante, 2017). A medicamentação, por sua vez, coloca o uso de medicamentos, psicotrópicos ou não, como possibilidade única de cuidado (Brasil, 2019).

social se apresenta como emissário de uma verdade e de um valor a-histórico e apolítico. No entanto, é carregado de interesses políticos e econômicos, pautados na manutenção da ordem social específica que representa. Pode promover laços sociais des-subjetivantes, que submetem o sujeito à maquinaria de gozo de dado tempo histórico.

Em nossa experiência, visualizamos que o vínculo, ferramenta de trabalho no campo da produção da saúde e da saúde mental, tecnologia leve de cuidado (Merhy, 2002), esteve pouco acionado, enquanto potência capaz de oferecer pistas de como a pessoa se apresentava antes, para poder pensar o agora e o depois. Ressaltamos a importância de buscar as ancoragens (Broide e Broide, 2016) daqueles sujeitos e coletivos, os fios que os conectam a vida e que precisam ser buscados, ressignificados ou inventados, para que o cuidado em saúde não se veja centrado no procedimento e desconectado dos espaços onde a vida acontece, mesmo que estes territórios estejam cobertos pelas águas.

Gestão pública ou empresariamento dos serviços públicos?

As disputas políticas que ameaçam os direitos socioambientais do País são efeito de um projeto de destruição ambiental, para fins lucrativos, onde as catástrofes são interpretadas como fenômenos naturais sem

relação com a ação que fazemos sobre as matas, florestas e rios, como se não fôssemos parte desta “natureza” e não estivéssemos sujeitos às consequências decorrentes da destruição produzida por razões capitalísticas⁹. A distância entre aqueles que produzem a destruição e aqueles que mais sofrem suas consequências é um elemento analisador para entendermos as implicações deste processo.

Ao reconhecermos as características da parcela da população fortemente impactada pelas enchentes é possível identificar a insuficiência de gestão do meio ambiente em diferentes níveis. É indiscutível que houve um crescimento desenfreado das áreas periféricas da cidade, sem qualquer planejamento prévio, resultando em um aumento desproporcional de pessoas colocadas em situação de vulnerabilidade. As populações mais empobrecidas, frequentemente localizadas em áreas ecologicamente frágeis, como planícies inundáveis, encostas íngremes e moradias com infraestrutura precária (Aysan, 1999), são as mesmas das regiões atingidas pelo desastre.

No espaço dos alojamentos, os agentes públicos se mostravam ausente do cotidiano, preferindo res-

9 Entendemos, como Guattari (1986, p. 15), que o modo de produção de subjetividade capitalista se estende para além das sociedades ditas “capitalistas”.

saltar o caráter voluntário inerente à **atenção** oferecida no contexto de emergências e desastres (ouviam-se muito falar no “nós por nós” nos corredores dos alojamentos). A princípio nos surpreendemos com essa falta de ações, tendo de proteção da cidade quanto de minimização dos danos produzidos pelas enchentes. Porém, logo nos demos conta que essa “ausência do Estado” é justamente a manifestação da presença que o estado neoliberal impõe aos cidadãos, produzindo sentimentos de desproteção e desamparo, com consequências nefastas que seguem se fazendo presentes muitos meses depois dos acontecimentos de maio de 2024.

Podemos dizer que a forma mais visível de presença do Estado nos alojamento foi através de sua face violenta e repressiva.

Saffioti (2004) define a violência como a ruptura de qualquer forma de integridade de uma pessoa: física, psíquica, sexual e/ou moral. A violência presenciada, ou que nos chegou através dos meios de comunicação tradicionais, é o resultado de um processo de socialização dentro de uma ordem moral que associa a pobreza à exclusão social que leva à criminalização da pobreza.

Ferreira (2018) destaca que a criminalização da pobreza se manifesta de múltiplas formas, revelando uma distorção na compreensão da relação entre pobre-

za e criminalidade. Essa abordagem não apenas reforça estigmas sociais, mas também perpetua um ciclo vicioso de exclusão e marginalização. Refletir sobre a violência policial ocorrida em alguns espaços de alojamento revela a gravidade das adversidades enfrentadas pelas populações que foram vítimas das enchentes. A violência policial nesses locais não apenas agrava a situação de pessoas já afetadas, mas também expõe uma desproteção sistemática.

Foi um rio que passou em nossas vidas: marcas de aprendizagem

Buscamos com essa escrita dar visibilidade às marcas de aprendizagem produzidas pela experiência de oferta de cuidados em saúde mental no contexto das enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul. Sabemos que o mundo tem sofrido mudanças importantes a partir da ação humana produzida a partir da lógica capitalista de exploração da “natureza”, exigindo que, cada vez mais busquemos formas de resistir, acolher e cuidar das vidas, especialmente nos territórios desprotegidos pelo Estado.

Estarmos atentas aos efeitos das emergências climáticas e acompanhar as ações governamentais de prevenção e planejamento para enfrentamento de situa-

ções de desastres, deve ser tema constante na formação de novos profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde. A complexidade dos determinantes sociais em saúde e saúde mental fica evidente no contexto apresentado nessa escrita, onde o trabalho intersetorial e em rede se apresentou como possibilidade de construção de processos de elaboração e enfrentamentos a curto, médio e longo prazo. Nossa experiência nos diz que a garantia de que o trabalho nestes contextos seja coordenado pela gestão municipal, através das ações das políticas públicas, é fundamental para a continuidade do cuidado.

A formação em serviço, possibilitada pela modalidade das residências multiprofissionais, provoca ranhuras nas relações de saber-poder-desejo instituídas no modelo hegemônico e médico centrado (Ceccim, 2009), abrindo possibilidades para a criação de intervenções outras, não restritas ao contexto circunscrito dos espaços de atendimentos em instituições de saúde. Essa abertura oportunizou que, como residentes, pudessemos propor intervenções nos alojamentos, com acompanhamento docente assistencial, contribuindo com nossas “caixas de ferramentas” teórico-práticas (Foucault, 1996), ao mesmo tempo em que nos desafiamos a ampliá-las, permitindo-nos inventar outras for-

mas de funcionar, que sirvam melhor às novas situações nas quais sejamos convocados a agir. A experiência, como propõe Larossa (2002, p. 21) “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca.”

Nessa imersão no cotidiano dos alojamentos para desabrigados das enchentes, reafirmamos como fundamental o fortalecimento das políticas públicas operando de forma concreta no andar a vida dos usuários do SUS. Ficaremos marcadas pela força dos encontros, dos acontecimentos, das partilhas que, com certeza, fazem de nós profissionais de saúde e de saúde mental mais abertas e dispostas a enfrentar o que há por vir, o futuro sempre incerto e cheio de surpresas.

Referências

AYSAN, Y. **‘Putting floors under the vulnerable’: disaster reduction as a strategy to reduce poverty.** Apresentado no Banco Mundial. Reunião do Grupo Consultivo para Redução Global de Desastres: 1-2/6/1999. Paris, 1999. Disponível em: <https://www.radixonline.org/human-rights-resources-and-pieces>. Acesso em 29 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Política Nacional de Proteção e Defesa Civil.** Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12608.htm. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf. Acesso em: 28 ago. 2024.

BROIDE, J. BROIDE, E. **A psicanálise em situações sociais críticas**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2016.

CECCIM, R. B. Ligar gente, lançar sentido: onda branca da guerra – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-237, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kdfYCVH5LC4g3dz7CftvMNk/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

FERREIRA, L. A. Criminalização da pobreza no Brasil e na América Latina. In: FERREIRA, L. A.; FONSECA, T. A.; SANTOS, T. A. **Políticas públicas de juventude na América Latina: análises e perspectivas**. Curitiba: CRV, 2018. p. 53-70.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: MACHADO, R. (org.). **Microfísica do poder**. 12. ed, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996 .

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

FREUD, S. O Estranho. In: FREUD, S. **Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)**. Rio de Janeiro: Imago, 1919/2006. v. XVII.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUIMARÃES, Rafael. **A enchente de 41**. Porto Ale-

gre: Libretos, 2009.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC, Comitê Permanente Interagências) **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. Genebra: IASC, 2007.

LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro n. 19, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcY-VspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 set. 2024.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA, A.S. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. *Novos Caminhos*, n.16. [s.l.: s. n.], 2017. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_16.pdf?srsltid=AfmBOorHqr5U4ZrzQSypXK31LJ8IA1Dq-V2owBUjTcmYKmG4wITykOR-O. Acesso em: 28 ago. 2024.

NOAL, D. DA S. et al. Desastre da Vale: o desafio do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 2, p. 353-363, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pQ7qQWvbHhhnc6d5nYW-4ZyD/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, WAR TRAUMA FOUNDATION E VISÃO GLOBAL INTERNACIONAL. **Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo**. OMS:

Genebra, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7676/9788579670947_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Ministério Público. **Instruções básicas para instalação e funcionamento de abrigos provisórios**. Porto Alegre: Procuradoria-Geral de Justiça, 2024. Modelo de Apresentação em PDF. 23 Slides. Color, produção técnico-jurídica produzida pelo Ministério Público do Rio Grande do Sul – MPRS. Disponível em: <https://cdn2.me-qr.com/pdf/22515075.pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. (2024). **Defesa Civil atualiza balanço das enchentes no RS**. Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/defesa-civil-atualiza-balanco-das-enchentes-no-rs-12-5-18h#:~:text=Atualizada%20%C3%A0s%20h40%20de%20domingo,garantir%20a%20seguran%C3%A7a%20das%20pessoas>. Acesso em: 12 jun. 2024.

ROSA, M. D. Sofrimento sociopolítico, silenciamento e a clínica psicanalítica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 42, p. e242179, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6RKgPXpGH-Z8YwHd9PHGGtnf/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SILVA, J. C. L. T. B. Centro e periferia na contemporaneidade: o continuísmo do discurso da desigualdade social. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7, 2015, São Luis do Maranhão. **Anais [...]**, São Luis do Maranhão: [s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/centro-e-periferia-na-contem>

[poraneidade-o-continuismo-do-discurso-da-desigualdade-social.pdf](#). Acesso em: 30 ago. 2024.

SOTO, William Héctor Gómez. Subúrbio, periferia e vida cotidiana. **Estudos Sociedade Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 109-131, 2008. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/acabral,+Gerente+da+revista,+200804-109-131%20(1).pdf. Acesso em: 28 ago. 2024.

A RESIDÊNCIA PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS HOSPITALARES: EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS RESIDENTES NA MISSÃO YANOMAMI

Bruna Mengato Dias

Wanessa Hellen Serrão Moura

Em janeiro de 2023 o país recebia notícias alarmantes vindas das terras indígenas Yanomami (TIY), sobretudo das populações distribuídas no estado de Roraima. Os dados indicavam que a crise sanitária já havia causado a morte de 570 crianças por desnutrição e outras causas evitáveis entre 2019 e 2022, além de que, apenas no ano de 2022, foram registrados 11.530 casos de malária (Brasil, 2023a; De Lavor, 2024).

A desassistência na TIY surgiu há muito tempo, sendo agravada pela escassez de políticas públicas voltadas à estas populações, e pela degradação ambiental causada pela invasão do garimpo, desde meados da década de 1980. Assim, com todo este contexto, no dia 20 de janeiro de 2023, Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS N° 28/2023, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no Território Yanomami (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b).

A partir deste momento, diversas ações foram tomadas. Inicialmente, foi criado o Comitê de Coordenação Nacional para Enfrentamento à Desassistência Sanitária e o Comitê do Centro de Operações de Emergência Yanomami (COE Yanomami). O COE é o mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, tendo dentre suas competências a articulação entre órgãos e gestores das esferas municipal e estadual, bem como o recrutamento de equipes de saúde. Assim, com a declaração de ESPIN e a constituição do COE Yanomami, os voluntários da Força Nacional do SUS (FN-SUS) começaram a ser recrutados em todos os estados do país (Brasil, 2023b).

A FN-SUS é um programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município, criado em novembro de 2011, criada pelo mesmo decreto que dispõe sobre a declaração de (Brasil, 2024).

Assim, com o objetivo de cumprir a articulação entre os componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizada na Portaria nº 28/2023, a parceria com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ocorreu

em diversas situações, como as missões internacionais no Timor Leste e no Haiti, e em diversos estados atingidos pelas mais diversas catástrofes, incluindo a tragédia da Boate Kiss, em Santa Maria, Rio Grande do Sul, no ano de 2013 (Grupo Hospitalar Conceição, 2024a).

A residência multiprofissional em saúde no SUS

A Residência em Área Profissional da Saúde (RMS) do GHC foi criada em julho de 2004, a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. Ela é composta por seis programas multiprofissionais e dois uniprofissionais, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*. É norteada pelos princípios e diretrizes do SUS, tendo duração de 2 a 3 anos, com carga de 60 horas semanais, que somam 5.760 horas de formação, divididas em atividades teóricas e práticas (Grupo Hospitalar Conceição, 2024b).

A RMS pode ser compreendida como um espaço para o desenvolvimento de ações de educação permanente, como defende Silva e colaboradores (2016), em que são possíveis os encontros de seus integrantes, criando-se e fortalecendo-se as relações entre eles. Para os autores, a formação baseada nos princípios da educação permanente propicia o diálogo entre os atores envolvidos, contribuindo para o desenvolvimento

de competências que servirão para o surgimento de atitudes críticas reflexivas, tornando estes profissionais indivíduos participantes na identificação de nós críticos, pensando e estruturando alternativas que visam a consolidação do SUS.

Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021, p. 2), definem a RMS como uma “oportunidade significativa de aprendizado e contato com outras áreas, o que estimula anseios, percepções e expectativas em relação ao conhecimento teórico-prático adquirido e seu reflexo na atuação laboral”. Ela também pode ser entendida como um modelo de formação inovador, em que busca explorar novos horizontes, buscando sempre atender as necessidades dos campos em que os residentes estão inseridos, além de oportunizar a visão integral do processo de saúde e doença, compreendendo os aspectos sociais, culturais e políticos que o influenciam (Bernardo *et al.*, 2020). Desta forma, pode-se definir a RMS como uma experiência que extrapola apenas o conhecimento clínico, ela enfatiza o acolhimento, o trabalho em grupo, a vigilância em saúde e o trabalho interdisciplinar (Oliveira *et al.*, 2017).

O Programa de Atenção ao Paciente Crítico (APC) do GHC teve sua primeira turma em 2010, e foi criado a partir da Residência em Terapia Intensiva, ao

perceber as diversas dimensões da assistência em situações críticas e acompanhando o enfoque da atenção em rede, extrapolando os limites das unidades de terapia intensiva (Grupo Hospitalar Conceição, 2024c).

Como enfermeiras do programa de APC, estávamos familiarizadas com as práticas vivenciadas em ambientes de emergência e terapia intensiva, locais estes onde a tensão estava constantemente elevada, os usuários e suas famílias vivenciavam sofrimento físico e psíquico e o uso de tecnologias duras eram frequentes. Nesta formação, tínhamos conosco os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, quando fomos convidadas pela gestão da residência a compor os grupos de voluntários que sairiam de Porto Alegre para Boa Vista, Roraima, dentro de poucos dias, não hesitamos em aceitar.

Nenhuma de nós já havia participado de nenhuma missão antes da realizada na TTY, nem tínhamos experiência de trabalho em campo, contudo, o desejo de poder ajudar de alguma forma, devolvendo um pouco da formação que o SUS estava nos proporcionado, para àquela população negligenciada e que estava sofrendo um genocídio deliberado, perpetrado a partir da desassistência governamental vigente até o momento, foi o fator decisivo para nossa escolha.

Desde o momento do aceite, contamos com o apoio da gestão da RMS, sobretudo com as questões administrativas de liberação dos campos de práticas previamente estabelecidos. Embarcamos para Brasília, DF, e posteriormente para Boa Vista, RR, na madrugada de uma terça-feira, apreensivas pelo cenário que encontraríamos e pelas dificuldades que viriam pela frente.

Itinerário de trabalho e vivências

Ao chegarmos, fomos recebidas pela coordenação da FN-SUS que já estavam em Boa Vista desde o início da declaração da ESPIN. Nos próximos dias, participamos de treinamentos e capacitações sobre os agravos que encontraríamos nas comunidades indígenas. Em nossa realidade, parecia muito distante saber que doenças como malária e parasitoses ainda fossem grandes fatores causadores de mortalidade infantil. Saber que, apesar de todos os esforços de muitos anos no combate à fome e à miséria, a desnutrição ainda era responsável, em uma análise mais minuciosa, pelas mortes de crianças em toda a extensão do território Yanomami.

Neste período, também fomos divididos nas equipes que seriam enviadas para os diferentes territórios, e nas equipes que permaneceriam prestando

assistência da Casa de Apoio ao Indígena (CASAI). A CASAI é uma estrutura organizada de acordo com os diversos grupos indígenas distribuídos pela TTY e serve como um local de passagem aos indígenas que estão em Boa Vista para o tratamento de algum agravo, ou que estão acompanhando algum familiar que necessita de atenção em saúde que não pode ser prestada em seus territórios originais. Fica a aproximadamente 20 minutos de carro do centro de Boa Vista, em uma área ao lado do Campus do Cauamé da Universidade Federal de Roraima (UFRR), na zona rural da cidade (Farias, 2023).

A CASAI, na época de nossa visita, poderia comportar pouco mais de 200 pessoas, mas estava abrigando quase 700 indígenas. No local, além das ações realizadas pela FN-SUS, também haviam ações coordenadas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Cruz Vermelha do Brasil, além de um Hospital de Campanha montado e gerido pelo Exército Brasileiro. Possuía estrutura precária, que não chegava nem perto de conseguir dar conta da demanda acima da sua capacidade, com infraestrutura deficitária que não permitia que os indígenas tivessem o conforto e a dignidade que todos os cidadãos brasileiros tem direito quando precisam de cuidados de saúde.

A TIY se divide entre os estados de Roraima e Amazonas, com 96.650km², tendo sido homologada por decreto presidencial em 1992. É composta por uma população de pouco mais de 31 mil pessoas, que se dividem em 384 aldeias. São representantes desses povos, os Yanomamis, os Ye'kwanas e um grupo de indígenas considerados isolados, que não mantém relações permanentes com as populações não indígenas. Como o território faz fronteira com a Venezuela, também há indígenas dessas comunidades vivendo no país (Brasil, 2023b).

A TIY pode ser compreendida com auxílio do mapa abaixo:

Figura 1 – Terra indígena yanomami.



Fonte: Brasil, (2023b).

As equipes que não atuavam na CASAI seriam enviadas a cinco territórios: Auaris, Surucucu, Mal Paapiu, Palimiú e Waputha. Compunham os grupos de trabalho dois enfermeiros e um médico, algumas equipes, Auaris e Surucucu, também contaram com um nutricionista. Apesar de cada território sofrer por agravos específicos, todos era muito afetados pelas doenças diarreicas, problemas de trato respiratório e malária, agravados de forma muito acentuada pela desnutrição que se espalho por todo o território.

Como problemas complexos demandam soluções complexas, as missões não eram realizadas de forma fragmentada e isolada. Diversos órgãos, como a Força Nacional de Segurança, o Ministério da Saúde e as Forças Armadas uniram esforços para vencer todas as barreiras encontradas durante o planejamento da Missão Yanomami. Desta forma, embarcamos para os territórios quatro dias após nossa chegada, transportados pela Aeronáutica local.

Fomos alocadas nos dois maiores territórios, Auaris e Surucucu, que também contavam com o suporte dos pelotões de fronteira do Exército brasileiro. Logo após a chegada, as equipes entraram em contato com as equipes de saúde locais, alocadas na Secretaria Especial de Saúde Indígena, cumprindo a prerrogativa da FN-SUS de apoiar e dar suporte às forças de trabalho nativas da localidade atendida. Após esse momento inicial, o impacto da situação à qual somente tínhamos ouvido falar pelas mídias sociais e pelos relatos durante o treinamento nos atingiu. A realidade em que nos encontrávamos era muito dura, exigindo de toda a equipe um grande esforço para o planejamento e a execução das atividades incumbidas nas diversas reuniões anteriores à nossa partida, lembrando sempre de não excluir os atores locais, entre eles as lideranças indígenas que

fazem um trabalho extremamente importante entre as comunidades e os profissionais de saúde.

Muitas barreiras foram encontradas durante os cerca de 20 dias passados no território. A cultura diferente daquela à qual estávamos habituadas, que por vezes no colocava em situações de sofrimento moral, e que tornava o cuidar sem julgar uma atividade reflexiva constante; a língua, já que a maioria dos indígenas não falava português, e os poucos agentes comunitários de saúde que também eram indígenas da região e falavam português se dividiam nas mais diversas atividades; a extensão territorial, as distâncias entre as comunidades que frequentemente exigia deslocamentos longos e que, por vezes, impedia as equipes de se deslocarem. Questões culturais, como os conflitos entre as diferentes comunidades presentes dentro dos mesmos territórios colocaram a segurança das equipes em risco, fazendo com que diversas ações de atendimento fossem descartadas pela gestão na capital, Boa Vista.

Nestes momentos, um sentimento tomava conta da equipe – a desesperança. Conviver em um ambiente em que os determinantes sociais eram tão seriamente comprometidos quando comparávamos com nossa realidade, a dimensão catastrófica da situação, a necessidade de múltiplas frentes de atuação para a reso-

lução a longo prazo de um problema que já se arrastava por tanto tempo, com muita frequência fazia com que as caminhadas de retorno aos alojamentos no final do dia fossem silenciosas.

Contudo, de manhã bem cedo, ao acordarmos e nos planejarmos para o dia, sempre lembrávamos porque estávamos ali. Muitas pessoas dependiam do suporte que poderíamos dar às equipes já tão exaustas de tentar remediar uma situação que já se fazia periclitante há tanto tempo. Todas as vezes que nos deslocamos pela água, ou pelas trilhas dentro da mata, para atender pessoas que estavam em sofrimento renascia a esperança de que tudo daria certo.

Nós, tão acostumadas a cuidar de pessoas gravemente enfermas, em unidades controladas, dentro de hospitais públicos localizados na capital de nosso estado, nos deparamos com o cuidado de fato centrado no indivíduo. Deixamos de entender de máquinas e voltamos a entender de pessoas. Éramos somente nós, profissionais de saúde que nos conhecíamos há pouco tempo, e uma população extremamente sofrida, negligenciada e vítima de uma necropolítica estatal.

Nessa caminhada dura, os choros entre os membros da equipe eram frequentes e, embora geralmente solitários, encontravam no olhar do outro o acolhimen-

to de quem entendia o sentimento de desesperança. Nestes momentos, um abraço, um aceno de cabeça e uma palavra de conforto nos lembrava de que não estávamos sozinhos. Durante este período, nos despimos de todas as vaidades e preocupações que pareciam tão irrelevantes da dimensão do problema em que estávamos envolvidos. Todas as energias eram voltadas para a assistência direta, os atendimentos de emergência, os relatórios e os levantamentos epidemiológicos.

O apoio da gestão que estava na capital também foi importante. Por exemplo, ao realizarmos o levantamento dos casos de malária notificados em Auaris, percebemos que provavelmente os casos ainda eram muito subnotificados, pois os agentes comunitários de saúde indígenas e os técnicos de laboratório responsáveis pela realização da coleta e da leitura dos testes de esfregaço não conseguiam dar conta da quantidade de indígenas doentes dispostos em todo o território. Assim, ao enviar para a gestão este ponto, logo foram enviados para o território técnicos do Instituto Evandro Chagas. Como resultado, no mês seguintes, quando outra equipe estava em Auaris, houve uma explosão nos diagnósticos dos casos de malária, fazendo com que muitos indígenas pudessem receber o tratamento.

Muitos problemas foram identificados, como a dificuldade na manutenção da luz elétrica durante as 24 horas do dia, a internet de baixa qualidade e o difícil acesso à insumos básicos, tanto para o consumo dos profissionais, quanto o de materiais para a assistência. Com as missões realizadas, muitos desses nós críticos começaram a ser identificados, fazendo com que novas alternativas pudessem ser pensadas.

Mas, apesar de todo sofrimento e negligência experienciados, ainda havia a esperança. A esperança de que tudo daria certo quando nos juntávamos com a equipe tão dedicada, abdicada e experiente das Unidades Básicas de Saúde dos territórios; a esperança que vinha cada vez que conseguíamos transferir em segurança uma criança desnutrida que precisava de atendimento; aquela que surgiu em toda equipe durante o atendimento a um bebê recém-nascido; também a que surgia enquanto caminhávamos em silêncio pela floresta ouvindo os sons ancestrais de uma floresta que reinava soberana apesar do caos do mundo ao redor.

Muitos foram os momentos felizes, em que brincamos com as crianças, que riam da nossa dificuldade de comunicação. Os atendimentos geralmente ocorriam por meio de gestos físicos, tornando o cuidado um pouco mais desafiante, mas que de forma alguma deses-

estimulava nossas interações. Deixamos de ser as detentoras do conhecimento clínico e científico, como ocorre nas relações hierárquicas intra-hospitalares, entre profissional e paciente, passamos a conhecer um novo jeito de se cuidar e produzir conhecimento. Ensinamos, compartilhamos, ouvimos e sentimos. Fomos cuidados, acolhidos e ensinados. Recebemos de volta tudo aquilo que demos.

Levamos nossas tecnologias, remédios e contatos. Encontramos uma equipe que mesmo exausta, não perdia a alegria em trabalhar; indígenas que mesmo doentes, não deixavam de compartilhar conosco seu saber ancestral, sua ligação com as terras em que tanto caminhamos, nos recebendo em suas comunidades e nos mostrando sua cultura. Foram dias de trocas de saberes, de cuidado, de empatia, e às vezes de frustração por tudo aquilo que não poderíamos resolver, mas nunca dias em que a vontade de desistir era maior do que a vontade de continuar.

Quando o dia da partida chegou, a complexidade de sentimentos que sempre nos acompanhou se intensificou. Queríamos retornar para Boa Vista, para poder voltar para casa, mas também queríamos ficar. A sensação de impotência, de ter feito tão pouco diante de tanta demanda, era esmagadora. Os vínculos forma-

dos com as equipes de saúde, e, no caso de Auaris, com os militares que tão gentilmente nos acolheram e nos hospedaram em suas instalações no pelotão de fronteira, nos faziam sentir o pesar da partida.

O retorno não foi fácil, os sentimentos persistiam conflitantes. A alegria de estar de volta às nossas casas, com nossas famílias, era imensa, mas a sensação de culpa por não estar fazendo mais também se fazia presente. Os dias seguintes foram de retorno às rotinas da residência, quando fomos recebidas em nossos campos de práticas com muitas perguntas daqueles que nos cercavam. Quando chegamos, outra equipe partiu, e assim o tempo foi passando, até o momento em que chegamos a este relato, que mais que apenas um texto escrito, é uma forma de lembrarmos tudo que passamos nestes dias, ressignificando não somente nossas experiências enquanto enfermeiras residentes, mas também todos os significados encontrados em uma nova forma de cuidar e acolher.

Hoje, apesar do olhar e dos esforços direcionados, a população Yanomami ainda sofre. O garimpo ilegal que tanto poluiu, desmatou e assassinou os Yanomamis, ainda é um desafio enfrentado pelo governo e que ainda ameaça a vida e a sobrevivência dos indígenas. A presença das forças armadas e das ações de saúde

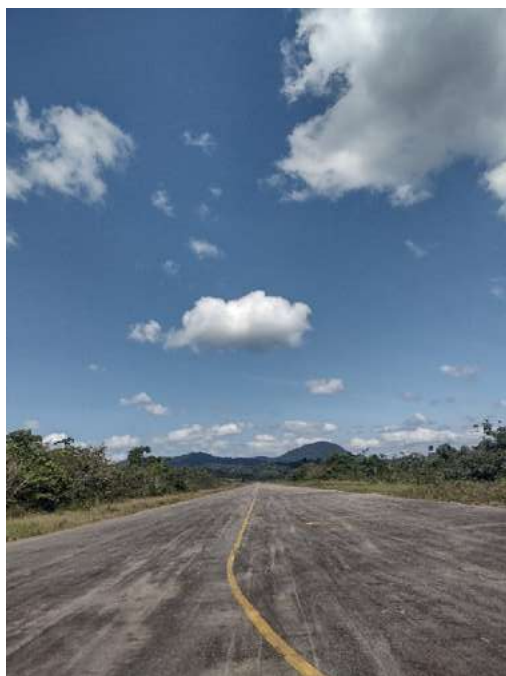
ainda estão ocorrendo, sem data para acabar. Mesmo assim, a situação ainda é preocupante. Muitas frentes de trabalho, que inclui diversos Ministérios, ainda estão vigentes, tentando combater todas as dificuldades que ainda mantém a Emergência Yanomami como uma ESPIN. Apesar da distância, mantemos nossos olhos voltados para o que está acontecendo nas TIY, tentando manter a mesma esperança que tínhamos durante a missão em que dias melhores virão.

Encerramos este texto agradecendo a todos que se dedicaram e ainda estão se dedicando à sobrevivência do povo Yanomami. Aos coordenadores, aos colegas que nos acompanharam, vindos de todo o país, aos trabalhadores locais que nos acolheram, aos indígenas que nos receberam e compartilharam conosco seus conhecimentos, às nossas famílias que nos apoiaram durante toda a missão e todos aqueles que em algum momento lutaram ao nosso lado.

A RMS nos abriu as portas para um mundo diferente, nos fazendo experienciar muito além dos protocolos clínicos, das rotinas de unidade e das escalas de trabalho. Nos proporcionou conhecer novas experiências, trabalhar com pessoas incríveis e nos mostrou que os desafios ainda são muitos, mas que quando trabalhamos juntos, vamos mais longe. Encerramos este re-

lato de experiência com uma foto da pista de pouso de Auaris, tirada por mim, Bruna, em um de nossos muitos deslocamentos, que sempre me trouxe o sentimento de insignificância de nossa existência perante a magnitude deste lugar que parece estar tão perto do céu.

Figura 2 – Pista de pouso de Auaris.



Fonte: acervo pessoal das autoras, (2024).

Referências

BERNARDO, M. S. *et al.* A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 6, p. e20190635, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DgtKYSzzJxLvkwg5PWdcS6z/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. **Cartilha SOS Yanomami**. Brasília: DF: Secretaria de Comunicação Social, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/arquivos/cartilha-sos-yanomami/view>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 28, de 20 de janeiro de 2023. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência de assistência à população Yanomami. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União seção 1**, Brasília, DF, ed. 15-D, 20 jan. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/coe-yanomami/publicacoes-tecnicas/decretos-e-portarias/portaria-gm-ms-no-28-de-20-de-janeiro-de-2023/view>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Força Nacional do SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/fn-sus>. Acesso em: 29 ago. 2024.

CARNEIRO, E. M; TEIXEIRA, L. M. S; PEDROSA, J. I. S. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. e310314, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n3/>

e310314/pt/. Acesso em: 29 ago. 2024.

DE LAVOR, A. Para entender a crise Yanomami. **Radis**, Rio de Janeiro, 1 fev. 2024. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/emergencia-yanomami/para-entender-a-crise-yanomami/>. Acesso em: 29 ago. 2024.

FARIAS, E. Casai Yanomami acolhe pacientes, mas tem estrutura precária. **Amazônia Real**, Manaus, 23 fev. 2023. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/casai-yanomami-acolhe-pacientes-mas-tem-estrutura-precaria/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Escola GHC. **COREMU-GHC**. Porto Alegre, 2024c. Disponível em: <https://escolaghc.ghc.com.br/residencia-multiprofissionalprograma.html>. Acesso em: 30 ago. 2024.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Força Nacional do SUS**. Porto Alegre, 2024a. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=programas&idSubMenu=10021>. Acesso em: 29 ago. 2024.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Escola GHC. **Residência Multiprofissional em Saúde do GHC**, Porto Alegre, 2024b. Disponível em: <https://escolaghc.ghc.com.br/residenciainmultiprofissional.html>. Acesso em: 29 ago. 2024.

OLIVEIRA, J. B. *et al.* Influência da Residência Multiprofissional na vida profissional de egressos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 6, n. 1, jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3021/3325>. Acesso em: 29 ago. 2024.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.1, p. e2760014, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdT-mtk9tRcshdxh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2024.

O DESASTRE NO VALE DO RIO PARDO: CONTRIBUIÇÕES DA EXTENSÃO UNIVER- SITÁRIA PARA A RECONSTRUÇÃO

Adriana Diniz Vizzoto
Isabelle Rossatto Cesa
Alessandro Valer
Priscilla Santos de Moraes
Nadianna Rosa Marques
Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro
Cindy Menezes Silva

Introdução

Desastres naturais têm como enfoque conceitual a compreensão de que não são apenas a ocorrência de fenômenos naturais adversos, mas sim de que, para além disso, resultam em danos materiais e/ou humanos quando manifestados em áreas povoadas. Nesta perspectiva, em sua interação com a esfera afetada, dois elementos centrais são destacados: a exposição e a vulnerabilidade. A exposição refere-se à suscetibilidade ao impacto de um fenômeno natural, enquanto a vulnerabilidade diz respeito às características que determinam a gravidade dos danos que podem ser sofridos. Portanto, um desastre não se resume apenas ao evento natural em si, mas também às condições sociais e estruturais que influenciam a magnitude de sua repercussão. Embora a chuva seja o fenômeno que desencadeia o de-

sastre, a verdadeira tragédia emerge da fragilidade dos municípios diante de tal evento. Dessa forma, o caráter de um desastre transcende o conceito de “natural” e assume uma dimensão “socionatural”, onde as consequências refletem não apenas as forças naturais, mas também questões sociais e políticas, como pobreza, desigualdade e injustiça social (Monteiro; Zanella, 2019).

Nessa perspectiva, Valencio (2012, p. 31), conceitua os desastres como “*um tipo de crise em ocorrência num tempo social*”, ou seja, quando se refere ao termo tempo, não está se referindo ao tempo como um período determinado e sim suas dimensões culturais, políticas, econômicos e subjetivas, a qual se faz presente o momento em que o desastre ocorre. Assim, as análises e ocorrência de um desastre, estão associadas a este período tempo-histórico, pois a ocorrência de um desastre provoca acontecimentos sociais trágicos, impactando diretamente na coletividade dos que vivenciam. Os desastres “*são caminhos sombrios que explicitam o processo problemático de desassociação de sociedades desorientadas e de instituições públicas letárgicas, propenso a estranhamento mútuo e a conflitos*” (Valencio, 2012, p. 102).

A crescente intervenção humana no meio ambiente e a intensificação das mudanças climáticas têm levado a um aumento alarmante na frequência e na

intensidade dos desastres naturais. No Brasil, essa tendência se manifestou de forma severa em 2022, quando a região norte do Amazonas enfrentou inundações graves. Em 2023, a mesma área sofreu uma significativa estiagem, enquanto em janeiro de 2024, o Rio de Janeiro foi devastado por enchentes. Além disso, o Rio Grande do Sul tem experienciado, nos últimos anos, uma série de desastres relacionados a enchentes e ciclones. Em junho de 2023, um ciclone extratropical afetou o Rio Grande do Sul e Santa Catarina, e, no mesmo ano, o Estado também enfrentou ondas de calor com temperaturas acima da média e chuvas intensas, o que levou à decretação de dois estados de emergência (Morosin, 2024).

Dentre esses eventos, destaca-se o maior desastre já registrado na história do Rio Grande do Sul. Em 4 de setembro de 2023, uma das enchentes mais severas atingiu o Vale do Taquari, elevando o nível do rio principal a 29 metros, ou seja, 16 metros acima do normal. Esse desastre causou a destruição de cidades, a queda de pontes, deslocou centenas de pessoas e resultou em 54 mortes e 4 desaparecidos (Pértille; Griguol; Ely, 2024). No entanto, o cenário de emergência se agravou ainda mais a partir de 27 de abril de 2024, quando se iniciou um mês de chuvas tão intensas que levou o Estado a

decretar situação de calamidade pública. O temporal, que começou na Região dos Vales, persistiu por vários dias, sobrecarregando as bacias dos rios Taquari, Caí, Pardo, Jacuí, Sinos e Gravataí, posteriormente afetando também o Guaíba e a Lagoa dos Patos, resultando em danos imensuráveis (Portal G1 RS, 2024). Em 20 de agosto de 2024, a Defesa Civil do Rio Grande do Sul publicou a última atualização do balanço das enchentes, que registrou o impacto em 478 municípios, afetando 2.398.255 pessoas, com 806 feridos, 27 desaparecidos e 183 óbitos confirmados (Rio Grande do Sul, 2024).

Frente a tamanho desastre e urgência, a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por meio do programa UFSM Solidária e Cidadã, tornou público a Chamada Humanitária - Reconstrução RS, com o intuito de auxiliar na reestruturação das comunidades atingidas pela histórica enchente, reforçando o compromisso e responsabilidade social dos agentes universitários para com a sociedade em que estão inseridos. Em uma série de ações interdisciplinares, busca-se a superação dos desafios de forma coletiva, fortalecendo laços e promovendo a solidariedade e cidadania. Inicia-se, assim, a Operação Zero em um município do Vale do Rio Pardo, com coordenações de extensão em ações em saúde e de assistência social,

visando não somente a reconstrução física, mas como também a emocional e social da comunidade afetada pelo desastre de 2024 (UFSM, 2024).

Objetivo

O objetivo deste manuscrito é relatar a experiência vivenciada por estudantes de cursos técnicos e de graduação na área da saúde e assistência social envolvidos no apoio à reconstrução de um município afetado pelo desastre hidrológico e meteorológico¹ que atingiu o Rio Grande do Sul em maio de 2024.

Metodologia

A metodologia adotada é fundamentada no relato das experiências de estudantes dos cursos técnicos e de graduação em saúde e assistência social da Universidade Federal de Santa Maria, que contribuíram para a reconstrução de um município afetado pelo desastre hidrológico e meteorológico que atingiu o Rio Grande do Sul em maio de 2024. A universidade lançou a Chamada Humanitária através de um edital e do Programa de Extensão “UFSM Solidária e Cidadã”, o qual integrou a

¹ Os termos desastres hidrológicos e meteorológicos referem-se à Tabela de Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (Cobrade), elaborada pela Defesa Civil Estadual do RS (2021).

instituição nas ações de apoio e reconstrução dos municípios impactados pelas enchentes do referido período.

A Chamada exigiu em edital proposta de projetos que possuíssem uma abordagem multidisciplinar, abrangendo as áreas temáticas da Política Nacional de Extensão, como saúde e direitos humanos. As ações deveriam promover o desenvolvimento regional e integrar as comunidades, com foco na superação de práticas assistencialistas, assim como atender a públicos estratégicos para garantir a continuidade e a disseminação dos resultados obtidos, fortalecendo a atuação da extensão universitária e contribuindo para a melhoria da qualidade da educação pública por meio da interação com realidades concretas e da troca de conhecimentos.

Assim, os projetos deveriam demonstrar viabilidade técnica e mérito conforme as linhas temáticas estabelecidas. Cada projeto foi adaptado às necessidades da comunidade-alvo e incluía uma fase de diagnóstico preliminar, através do planejamento de viagem inicial para identificar as demandas locais. A coordenação dos projetos foi atribuída a servidores efetivos, técnico-administrativos ou docentes da UFSM.

Por fim, o projeto selecionado consistiu em um grupo de 12 participantes, sendo três docentes e nove estudantes, oriundos dos cursos de Psicologia, Enfer-

magem, Terapia Ocupacional, Medicina, Serviço Social e Técnico em Enfermagem. Estruturado, dessa forma, com o propósito de compartilhar saberes e estabelecer vínculos interdisciplinares, visando uma formação coesa e capacitada, com a intenção de atender de maneira eficaz e abrangente às necessidades da comunidade de um município do Vale do Rio Pardo, no mês de agosto de 2024.

Resultados e Discussões

A ação foi planejada em parceria com a Pró-Reitoria de Extensão, que, juntamente com uma equipe da universidade, realizou uma viagem inicial de três dias. O objetivo era compreender a realidade local, identificar os desafios do território e propor iniciativas para contribuir com a reconstrução. A partir dessa experiência, o grupo se organizou e desenvolveu ações voltadas à saúde e à assistência social, oferecendo suporte ao município nesse processo.

A priori, o grupo multidisciplinar de extensionistas chegou ao município e dirigiu-se diretamente ao serviço de saúde de referência, onde se reuniu com a secretária municipal de saúde e bem-estar social - com as pastas das Políticas de Saúde e de Assistência Social unidas - e com a coordenadora de enfermagem. Du-

rante esse encontro, foi realizado um levantamento das demandas populacionais mais urgentes, com o objetivo de elaborar um planejamento técnico que orientasse as atividades a serem desenvolvidas para fornecer o suporte necessário.

Nesse contexto, a melhoria da qualidade da assistência reside na interdependência e na complementaridade das ações dos diversos profissionais, especialmente no manejo de condições complexas. Portanto, a efetividade dessas equipes exige um processo integrado, no qual a comunicação e a interação contínua entre os membros e com a comunidade são essenciais. Além disso, essa abordagem permite que os profissionais, ao reconhecerem e valorizarem os saberes e contribuições uns dos outros, trabalhem de maneira colaborativa, enfrentando desafios para promover uma assistência ainda mais completa e satisfatória (Silva; Miranda; Andrade, 2017).

Após a reunião, o grupo teve a oportunidade de reconhecer o território e, em particular, a área mais atingida pelo desastre socionatural, o centro do município, situado às margens do Rio Pardinho. O município é predominantemente rural, e, embora as áreas rurais não tenham sido tão severamente afetadas pela enchente, também sofreram com o desastre. As pontes que co-

nectavam as localidades foram destruídas pela força das águas, resultando na interrupção de serviços básicos, como coleta de lixo, visitas dos agentes comunitários de saúde e acesso ao mercado (Figura 1). A população também enfrentou longos períodos sem água potável, eletricidade e internet.

Por consequência, a destruição generalizada afetou profundamente os vínculos afetivos e o sentimento de pertencimento ao local, evidenciando o impacto adverso das mudanças climáticas sobre o apego ao lugar, ao modificar as paisagens e gerar efeitos físicos e emocionais na comunidade. Esses aspectos ressaltam a necessidade de compreender como o contexto físico influencia o sentimento de familiaridade e destacam a importância de políticas públicas que abordem os efeitos dos desastres naturais e ofereçam suporte às populações em áreas de risco (Alves; Kuhnen; Battiston, 2015).

Figura 1 - Ponte construída em 1966 e destruída pela força das águas no desastre de 2024.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

Dividindo-se em duas frentes de atuação, a equipe organizou suas ações entre saúde e assistência social. O grupo voltado às ações de saúde concentrou suas atividades ao longo dos três dias em diversas frentes: participaram de um grupo de caminhada liderado por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e pela Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) - e-Multi (Figura 2); realizaram visitas territoriais com o Agente de Combate a Endemias (ACE), que identificou áreas afetadas pelas chuvas e locais com acúmulo de água e lixo provenientes de descartes domésticos, propensos à proliferação de larvas do mosquito *Aedes Aegypti* (Figura 3); auxiliaram na atualização

de prescrições médicas e na verificação de prontuários; e realizaram visitas domiciliares (VD) em áreas afetadas pelas enchentes, acompanhados por ACS. Essas visitas, que abrangeram tanto o centro urbano quanto as zonas rurais do município, possibilitaram um melhor entendimento do território e uma interação direta com a população. Além de oferecer cuidados básicos, como a troca de curativos e orientações gerais, as visitas foram de particular importância para indivíduos com necessidades de saúde específicas e dificuldades de locomoção, facilitando assim o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Figura 2 - Reconhecimento do território durante o grupo de caminhada.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

Figura 3 - Campo de futebol transformado em local de descarte.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

Além disso, a equipe de extensionistas envolvida nas ações de saúde colaborou com o evento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde e de Bem-Estar Social, denominado “Assistência Social em Ação”, que ocorreu no salão paroquial da Igreja Católica do município. O evento foi idealizado pela secretaria para a distribuição de vestuário e utensílios domésticos, além de oferecer cortes de cabelo para a população interessada, realizados por uma equipe de cabeleireiros. O grupo de estudantes pôde contribuir no evento com a realização de testagens rápidas para infecções transmissíveis, tais como HIV, sífilis e hepatites B e C (Figura 4), oficinas de emoções, aferição de pressão arterial e a medição da glicemia capilar (HGT) para os participantes presentes (Figura 5).

Figura 4 - Realização de testes rápidos.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

Figura 5 - Aferição da pressão arterial e HGT.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

As extensionistas comprometidas com as ações de assistência social do projeto reuniram-se inicialmente com a equipe do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município. A equipe do CRAS é formada por uma assistente social, uma psicóloga e uma auxiliar administrativa, e para contribuir neste momento pós-desastre, uma equipe de três assistentes sociais da Força Nacional do SUAS (FNAS) trabalhou no município por algumas semanas. A equipe da FNAS atua diretamente no território a fim de orientar o trabalho social em situação de emergência e calamidades no SUAS, bem como direcionar na gestão orçamentária e financeira (Brasil, 2023). Durante a reunião, as extensionistas tiveram a oportunidade de ouvir os relatos das

profissionais e as observações sobre as demandas da população atingida.

Ao longo dessas reuniões com os serviços, tornou-se evidente que a saúde mental da população do município estava debilitada. Carvalho e Oliveira (2020) destacam que a exposição a desastres gera estresse significativo e pode ter efeitos duradouros na saúde mental nas comunidades afetadas. Nesse contexto, o grupo elaborou um mapeamento em saúde mental para ser utilizado no evento promovido pela gestão de saúde e bem-estar social. Esse mapeamento foi empregado pela equipe responsável pelas ações de assistência social durante a atualização e o cadastramento do CadÚnico das pessoas que participaram do evento (Figura 6). Além disso, a equipe de saúde presente circulou pelo espaço do evento e também realizou o mapeamento em saúde mental, com o objetivo de realizar uma escuta ativa dos relatos vivenciados e, também, identificar pessoas em sofrimento pós-desastre (Figura 7).

Figura 6 - Atualização e cadastramento do CadÚnico.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

Figura 7 - Mapeamento em Saúde Mental.



Fonte: Imagem dos autores (2024).

A utilização deste instrumento atuou como um facilitador à medida que aproximou as equipes de saúde e assistência social à realidade da comunidade, oferecendo informações importantes em relação aos dados

de identificação da pessoa e sua família, informações sobre o contexto familiar, histórico de saúde mental, uso de medicações, sobre acesso e atendimentos na rede local. Além disso, previa informações sobre a situação da moradia após o desastre, em relação aos dias atuais e se mantinha o interesse em receber visita das equipes do município para auxílio neste contexto.

Com o instrumento, foi possível aproximar-se das realidades dos indivíduos, a partir do acolhimento e de uma escuta ativa e empática a respeito das questões de saúde mental relacionadas às enchentes. Os relatos identificaram como principais problemas a apreensão com a chuva e o barulho das águas dos rios, o medo de novas enchentes, o aumento de crises de ansiedade e estresse pós-traumático, dificuldades para dormir e um uso elevado de ansiolíticos e antidepressivos. As informações coletadas foram sintetizadas e entregues à gestão municipal para subsidiar o planejamento e a implementação de futuras ações.

Ao final da semana de atividades junto ao município do Vale do Rio Pardo, foi realizada uma reunião com o objetivo de avaliar as atividades desenvolvidas pela equipe extensionista e de entregar os relatórios produzidos à gestão municipal. O primeiro relatório incluiu o mapeamento da saúde mental da população,

enquanto o segundo trouxe as principais percepções e sugestões para otimizar o processo de reconstrução, visando atender às necessidades identificadas e melhorar a eficácia de intervenções futuras.

Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo o de relatar a experiência de estudantes de cursos técnicos e de graduação na área da saúde e assistência social que atuaram no apoio à reconstrução de um município afetado pelo desastre hidrológico e meteorológico no Rio Grande do Sul, em maio de 2024. As ações realizadas no município contribuíram para a reestruturação física, emocional e social da comunidade, além de evidenciar as potencialidades que o município detém para fortalecer suas ações. A colaboração com os serviços locais vinculados à Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social permitiu um suporte mais abrangente, facilitando a identificação e o atendimento às necessidades emergentes.

É crucial destacar que a experiência proporcionou aos extensionistas uma compreensão aprofundada da importância de uma rede socioassistencial bem articulada e de ações coordenadas para atender às necessidades das comunidades afetadas. Oferecer suporte eficaz às famílias impactadas é essencial para garantir

respostas adequadas após desastres, uma vez que a fragmentação e a falta de coordenação nas ações podem resultar em respostas desarticuladas e na sensação de abandono por parte da população afetada. A experiência revelou que manter essa rede “articulada” antes, durante e após o desastre representa um dos principais desafios para as políticas públicas, evidenciando não apenas o impacto do evento trágico, mas também a letargia do ente federativo em proporcionar o apoio necessário à comunidade.

Além disso, o fortalecimento das políticas sociais como o SUS e o SUAS são fundamentais para que a população possa ser assistida e amparada em momentos de crise. Pois, estes sistemas são constitucionalmente instituídos e presentes em todo território nacional, para tanto a articulação das equipes e dos profissionais é imprescindível para o suporte nos momentos de “normalidade”, quiçá nos momentos de crise. Corroborando a isso, a articulação entre profissionais de diferentes formações oferecem olhares diferenciados sobre o território, o que favorece a tomada de decisões e o desenvolvimento de um trabalho mais qualificado. Assim, foi possível observar com o trabalho desenvolvido nesta ação de saúde e assistência social, pois haviam estudantes e profissionais de diferentes campos do co-

nhecimento, articulando o cuidado com o território a partir de perspectivas diversas.

Para os estudantes e profissionais envolvidos, a experiência proporcionou um aprendizado prático e interdisciplinar, fortalecendo suas competências técnicas e interpessoais. O contato direto com a comunidade afetada e a troca de conhecimentos entre diferentes áreas enriqueceram a formação acadêmica e profissional dos participantes, preparando-os para enfrentar desafios complexos no futuro. Além disso, a experiência destacou as potencialidades da extensão universitária ao contribuir diretamente para a sociedade, evidenciando o papel social das instituições públicas de ensino superior como agentes de fomento e transformação social por meio de projetos extensionistas.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e Apoio do Programa UFSM Solidária e Cidadã.

Referências

ALVES, R. B.; KUHNEN, A.; BATTISTON, M. Lar Doce Lar: apego ao lugar em área de risco diante de desastres naturais. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 2, p. 155-164, 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/17484>. Aces-

so em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Emergência no SUAS**: orientações para a atuação das redes de proteção social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2023. Disponível em: https://fnas.mds.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/Emergencia-no-SUAS_FNAS.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

CARVALHO, M. M. de; OLIVEIRA, S. S. Aspectos psicossociais em desastres socioambientais de origem geoclimática: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 2, p. 334-352, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vgGnYcB8TQLsSvPPsR3tNSz/?format=pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

MONTEIRO, J. B.; ZANELLA, M. E. Desnaturalizando o desastre: as diferentes concepções teóricas que envolvem o conceito de desastre natural. **Revista da Casa da Geografia de Sobral (RCGS)**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 40-54, 2019. Disponível em: <https://rcgs.uvanet.br/index.php/RCGS/article/view/437>. Acesso em: 2 set. 2024.

MOROSINI, Liseane. Desastre no Rio Grande do Sul expõe despreparo e exige reestruturação imediata das cidades para enfrentar as mudanças climáticas. **Revista Radis, Rio de Janeiro**, n. 260, maio 2024. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/todas-edicoes/radis-260/>. Acesso em: 20 ago. 2024.

PÉRTILE, M.; GRIGUOL, A. J.; ELY, M. E. **Um ano após a enchente no Vale do Taquari, nenhuma casa definitiva foi entregue às famílias afetadas**. G1, Rio Grande do Sul, 4 set. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noti->

cia/2024/09/04/um-ano-primeira-enchente-vale-do-taquari.ghml. Acesso em: 5 set. 2024.

PORTAL G1 RS; RBS TV. **Um mês de enchentes no RS:** veja cronologia do desastre que atingiu 471 cidades, matou 170 pessoas e expulsou 600 mil de casa. G1, Rio Grande do Sul, 29 maio 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/29/um-mes-de-enchentes-no-rs-veja-cronologia-do-desastre.ghml>. Acesso em: 2 set. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. **Defesa Civil. Defesa civil atualiza balanço das enchentes no RS - 20/8.** *Porto Alegre:* Defesa Civil do Rio Grande do Sul, 20 ago. 2024. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/defesa-civil-atualiza-balanco-das-enchentes-no-rs-20-8>. Acesso em: 2 set. 2024.

SILVA, M. V. S. Da; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. De. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dzsr-gkw9NhtmJ6MTC3TyL9q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **UFSM Solidária e Cidadã:** esperança e reconstrução.

VALENCIO, Norma Felicidade Lopes. **Para além do “dia do desastre”:** o caso brasileiro. 1. ed. Curitiba: Appris, 2012. v. 1. (Coleção Ciências Sociais). para o Rio Grande do Sul. Santa Maria: Portal de Projetos, 2024. Disponível em: <https://portal.ufsm.br/projetos/publico/projetos/view.html?idProjeto=424526>. Acesso em: 2 set. 2024.

CONTRIBUIÇÕES DA APS PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE EM DESASTRES CLIMÁTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ROCA SALES/RS

Marina Haase da Costa Franco

As mudanças ambientais e climáticas em curso vêm chamando a atenção para o problema dos desastres climáticos no mundo todo, não apenas pelo aumento da incidência de eventos extremos, mas também pelo agravamento das suas consequências. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) compreende como desastre um evento adverso que resulta em uma séria interrupção do funcionamento normal de uma determinada comunidade ou sociedade, excedendo a capacidade da comunidade afetada em lidar com a situação utilizando seus próprios recursos. Essa interrupção envolve perdas materiais e econômicas, assim como danos ambientais e à saúde das populações, através de agravos e doenças que podem resultar em óbitos imediatos e posteriores. Embora os desastres climáticos sejam decorrentes de eventos climatológicos, meteorológicos, hidrológicos, geológicos ou geofísicos, não são causados exclusivamente por fenômenos naturais, pois os mesmos ocorrem em um dado sistema social.

Os riscos de desastres não existem em um vácuo. Se por um lado exigem a presença de ameaças (naturais ou tecnológicas), não se realizam sem exposição e condições de vulnerabilidade e não se agravam sem que sejam insuficientes as capacidades ou medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais de novos riscos a partir do mesmo. Os riscos de desastres se constituem socialmente através de processos que se estruturam na dinâmica do desenvolvimento econômico e social, bem como da proteção social e ambiental (OPAS, 2015, p. 16).

No Brasil, os desastres de maior frequência e impacto estão relacionados ao excesso ou à falta de chuvas (OPAS, 2015). Um exemplo recente foi a enchente do Vale do Taquari ocorrida em setembro de 2023, situação na qual tive a oportunidade de atuar como psicóloga na assistência à saúde no município de Roca Sales. A partir desse relato de experiência, busco evidenciar as contribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) para cada etapa de intervenção, com foco na integralidade do cuidado (Brasil, 1990; Pinheiro; Mattos, 2006; Teixeira, 2011).

O Vale do Taquari, na região central do Rio Grande do Sul, é uma área baixa da bacia hidrográfica do rio Taquari-Antas, que enfrenta inundações com frequência. No início de setembro de 2023, grande parte da região foi assolada por chuvas intensas e pela

enchente do rio Taquari, que causaram a morte de 52 pessoas (além de muitos animais) e diversos tipos de danos à infraestrutura das cidades. Nas palavras dos seus habitantes, com olhar assustado, “a água nunca tinha chegado tão alto”, pois essa foi a maior enchente no local desde 1941, ou seja, 82 anos antes.

A região denominada Vale do Taquari abrange 40 municípios de pequeno porte. Roca Sales, cidade de 10 mil habitantes, foi uma das mais prejudicadas pela trágica enchente. Roca Sales registrou 13 óbitos, ficando atrás somente do município de Muçum, com 16 mortes entre seus 4 mil habitantes. Conforme levantamentos das autoridades locais, 40% das residências de Roca Sales foram afetadas pelos estragos, o que representa 1.200 casas. De acordo com Freitas, Mazoto e Rocha (2018),

Estudos apontam que quanto menor o porte populacional do município, menor sua capacidade de resposta ante um evento adverso, apresentando carências e/ou deficiências no que diz respeito a instrumentos de gerenciamento de riscos. Dessa forma, caso o setor saúde do município não seja capaz, por si só, de responder a um determinado evento, é previsto na legislação do SUS [Sistema Único de Saúde] (Portaria nº 4.279, 30/12/2010) a organização das RAS [Redes de Atenção à Saúde] como estratégia para articular e integrar todos os equipamentos da saúde e ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de emergência (Freitas; Mazoto; Rocha, 2018, p. 69).

Diante da situação de emergência e de calamidade pública no Vale do Taquari, que extrapolou a capacidade de resposta local naquele momento, uma das estratégias foi acionar a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Como profissional do SUS em Porto Alegre, eu integrei um grupo de voluntários da FN-SUS que foram deslocados para compor uma equipe de atenção psicossocial temporária em Roca Sales. Trabalho como psicóloga na APS, e atuei durante uma semana¹ em conjunto com psiquiatra, enfermeira e assistente social, em uma ação coordenada com as demais ações em saúde no município, tendo como base uma Unidade Básica de Saúde (UBS) móvel.

Neste trabalho, contudo, não pretendo focar na psicologia ou na saúde mental de forma destacada da saúde integral, e sim afirmar o princípio da integralidade na atenção à saúde no contexto aqui descrito. Na Lei Orgânica da Saúde, a integralidade de assistência é 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” (Brasil, 1990). Atender às necessidades em saúde de forma integral pressupõe a

1 A FN-SUS organizou o trabalho das equipes oriundas de Porto Alegre de modo que cada equipe permanecesse em campo por sete dias, hospedada no município de Encantado e trabalhando diariamente nas cidades próximas.

articulação com outras políticas públicas que tenham repercussão na produção de saúde e adoecimento dos indivíduos e coletividades. Nessa perspectiva, as condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, redes de apoio, acesso a serviços de saúde, etc. são consideradas determinantes em saúde (Albuquerque; Silva, 2014) e, como tal, impactam na saúde mental.

Um desastre como a enchente no Vale do Taquari afeta absolutamente todos esses aspectos, desencadeando uma situação de crise, tanto a nível individual como coletivo. Nessas circunstâncias, fica ainda mais evidente a importância do conceito ampliado de saúde e do princípio de integralidade, pois restituir os direitos básicos torna-se essencial para propiciar condições mínimas de sobrevivência física e psíquica aos sujeitos afetados.

Há consenso internacional (IFRC, 2020; Brasil, 2017; Narváez; Lavell; Ortega, 2009; Cardona, 1996) de que a intervenção em situações de emergências e desastres é composta por três etapas, que englobam o período antes, durante e depois do desastre. São elas: 1- redução de riscos (etapa de prevenção, mitigação e preparação); 2- manejo ou resposta ao desastre (etapa emergencial); e 3- recuperação (etapa pós-emergencial).

Na primeira etapa, relativa às atividades prévias à ocorrência de um desastre, as ações desenvolvidas visam eliminar ou mitigar a exposição aos riscos já existentes e prevenir riscos futuros, bem como preparar para uma resposta adequada e efetiva aos desastres. Considerando o risco de uma emergência em saúde pública por inundação, por exemplo, todos os setores necessários na resposta devem se envolver no processo de planejamento e preparação para desenvolver suas ações de forma oportuna caso um desastre ocorra. A partir do momento em que uma inundação se converte em um desastre, tem início a segunda etapa, que inclui o alerta emergencial e a resposta imediata. É nesse período que todo o planejamento anterior vai se colocar em prática, de forma singular, mobilizando recursos para o enfrentamento do desastre através de ações que visam reduzir ao máximo o impacto sobre a vida e a saúde da população atingida. A terceira etapa, de recuperação, costuma ter início alguns dias após a ocorrência do desastre. Compreende a reabilitação das atividades cotidianas, reconstrução da infraestrutura danificada ou destruída e prestação dos serviços de saúde necessários. Mais tardiamente, o processo de recuperação após um desastre traz a oportunidade para desenvolver e aplicar medidas de redução do risco para ocorrências futuras.

Diversos agentes, como a FN-SUS, iniciaram operação emergencial no Vale do Taquari desde a inundação. Quando cheguei, integrando a missão da FN-SUS, Roca Sales já entrava na etapa de recuperação. O nível do rio havia baixado, já se tinha recuperado o acesso da maioria das vias interrompidas, bem como o abastecimento de água e energia elétrica, e aos poucos o abastecimento do comércio foi sendo retomado. O hospital da cidade ainda estava em processo de recuperação, sem poder operar. As edificações que estavam em condições de uso acabavam abrigando diferentes serviços para mantê-los em funcionamento, enquanto outros serviços compareceram através de unidades móveis. No centro da cidade, haviam muitas lojas danificadas e vazias, porém já limpas, além de entulho acumulado pelas ruas. A população local e voluntários de diversas instituições circulavam pelos pontos de doações e de alimentação solidária que foram organizados. Embora os sobreviventes já tivessem sido resgatados durante a enchente, os bombeiros ainda buscavam corpos de pessoas desaparecidas. Algumas casas estavam sendo interditadas pela Defesa Civil, enquanto outras eram limpas e reorganizadas, com perdas materiais significativas, porém já com poucas marcas da lama que tinha quase alcançado o teto. Dezenas de famílias desa-

lojadas estavam na casa de terceiros ou em abrigos temporários providenciados pelo município (por exemplo, em um Centro de Tradições Gaúchas). Alguns trabalhadores já tinham retomado suas atividades laborais, enquanto outros estavam impossibilitados de retornar às funções que exerciam anteriormente. Durante a semana em que estive lá, as primeiras escolas puderam reabrir suas portas, portanto a maioria das crianças e adolescentes seguia sem sua rotina de aulas e de convivência no ambiente escolar.

Como se vê, um desastre como esse provoca súbitas e sucessivas transformações no território² – conceito muito caro à APS (Brasil, 2012; Pereira; Barcellos, 2006). A bibliografia brasileira (Freitas *et al.*, 2023, p. 32) destaca que a APS,

como organizadora da rede da atenção à saúde nos territórios em situações de riscos e afetados, é fundamental em todo o processo, pois é neste âmbito que ocorre a assistência e acompanhamento da saúde da população, bem como na identificação dos impactos subsequentes aos desastres e/ou emergências em saúde (surtos, epidemias, intoxicações, exposição à rejeitos, desnutrição, agravos de doenças preexistentes, incluindo saúde mental, são alguns exemplos).

2 “Território é considerado um espaço de relações (sociais, econômicas e políticas), um sistema de objetos e de ações em permanente interação. Mas, sobretudo, nesses espaços delimitados de poder é que os diferentes atores sociais que fazem uso do território buscam viabilizar seus projetos e desejos para levar a vida” (Santos, 1999, p. 11).

Em consonância com os autores, o presente relato tem como objetivo afirmar a importância da APS no enfrentamento de desastres climáticos, abordando as seguintes questões: de que forma a APS pode contribuir para a integralidade na assistência emergencial à comunidade atingida? Que ferramentas essa abordagem oferece e quais benefícios podemos obter dela, em cada uma das três etapas mencionadas?

Na primeira etapa, de redução do risco, trabalha-se com outro conceito relacionado à APS: prevenção. No caso de enchentes, a prevenção está ligada a diversos aspectos do planejamento urbano, no sentido de reduzir o risco de ocorrência do desastre e de prever a capacidade de resposta diante da calamidade. A existência de um sistema público de saúde como o SUS – de caráter universal, e que envolve as esferas de gestão municipal, estadual e federal no planejamento e execução das ações – é um fator de proteção essencial para o país. A APS, mais especificamente, contribui à etapa preventiva ao investir no vínculo da comunidade com os serviços de saúde descentralizados e na melhoria das condições de saúde integral da população, pois são fatores que oferecem melhores chances de fazer frente a uma situação de crise ou desastre. Além disso, a territorialização da APS propicia um profundo conhecimento

da região, de forma que as unidades da APS são capazes de fornecer um mapeamento dos recursos da rede intersetorial (formal e informal), assim como dos riscos e potencialidades do território e da comunidade. Freitas, Mazoto e Rocha (2018) distinguem a Estratégia Saúde da Família enquanto modelo de Atenção Básica que

vem sendo uma grande aliada nas ações de preparação e resposta a desastres, considerando o acúmulo de conhecimento que a equipe tem em relação ao território e o vínculo com a população, o que pode facilitar a atuação das equipes de Emergência, Vigilância e Defesa Civil. Ela pode ser uma fonte de dados imediatos do número estimado da população atingida, condições locais, etc. (Freitas; Mazoto; Rocha, 2018, p. 88).

Uma vez que se instaura a situação de desastre, sua divulgação na mídia costuma causar comoção e atrair todo tipo de voluntários nas primeiras semanas. Entretanto, o manejo emergencial conta com tempo limitado para capacitações, e os recursos precisam ser direcionados de maneira estratégica, isto é, a oferta de serviços precisa ser condizente com as especificidades das demandas naquele contexto. Desse modo, na etapa de resposta, a participação de pessoas despreparadas para as atividades que pretendem executar – inclusive de profissionais de saúde que não estejam bem treinados e inseridos em ações articuladas – pode produzir

efeitos iatrogênicos não somente para a população atingida, mas também para os próprios voluntários. Mesmo que bem-intencionados, esses voluntários podem acabar, inadvertidamente, causando mais danos do que benefícios ao duplicar esforços, desviar recursos necessários, interferir no trabalho de equipes mais capacitadas e gerar novas situações de risco. Essa interferência negativa pôde ser observada nas dinâmicas de trabalho que aconteciam no entorno da UBS Móvel em Roca Sales. Especialistas ainda salientam que o preparo do ponto de vista técnico pode contribuir para amenizar fatores de risco de adoecimento entre profissionais de saúde, alertando sobre a importância do cuidado com a saúde integral dos trabalhadores durante e após o evento (Freitas *et al.*, 2023). Assim, para garantir que a resposta ao desastre seja eficaz e segura para todos os envolvidos, as ações dos profissionais de saúde precisam sempre estar articuladas e inseridas em uma proposta mais ampla (Noal *et al.*, 2013, p. 5). Dhein (2023), psicóloga e docente da Universidade do Vale do Taquari (Univates), em entrevista sobre sua experiência profissional no território afetado, compartilha da seguinte impressão:

o sujeito que está preparado para trabalhar na lógica do SUS está apto para trabalhar em qualquer ação. [...] Observamos isso na prática aqui durante as enchentes. Os municípios que têm esse “saber

do SUS” mais internalizado conseguiram responder à crise de forma mais rápida, reorganizando suas equipes, realizando diagnósticos de território, informando as áreas e famílias atingidas (Dhein, 2023).

Os princípios e diretrizes do SUS, assim como certos dispositivos da APS, são ferramentas fundamentais para a prática profissional no contexto de emergências e desastres que afetam um território, no sentido de garantir a integralidade do cuidado. A práxis centrada no acolhimento e na autonomia (Brasil, 2012) dos sujeitos atendidos mostra-se essencial para não ceder à “tentadora sedução de adotar uma postura compassional e assistencialista” (Noal *et al.*, 2013, p. 4) diante de uma situação trágica, em conformidade com as orientações do Conselho Federal de Psicologia (2021). Profissionais da APS costumam estar habituados ao conceito de autonomia mesmo ao trabalhar com usuários em situação de vulnerabilidade extrema, assim como costumam estar habituados ao trabalho em equipe multidisciplinar e em rede intersetorial na produção de cuidado humanizado. No acolhimento das pessoas atingidas, o enfoque familiar e comunitário também é importante para viabilizar o diagnóstico das necessidades em saúde apresentadas em cada atendimento. Busca-ativa e visitas domiciliares, dispositivos rotineiros na APS, também mostram-se preciosos.

Retomo o relato da minha experiência na equipe de atenção psicossocial em Roca Sales para exemplificar tais argumentos. A UBS móvel na qual trabalhamos ficava em local fixo ao lado do hospital de campanha (ambos sob responsabilidade da FN-SUS), assim como do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do município, que estava dividindo seu espaço com outros serviços públicos naquele momento. Esses dois equipamentos de saúde temporários ocuparam o terreno que pertencia a um clube, onde foram organizados também um refeitório solidário e um ginásio destinado ao armazenamento e distribuição de todo tipo de doações. Portanto, muitas pessoas circulavam por ali e acessavam a UBS por uma variedade de demandas. Por trás dessas demandas (pedidos de ajuda para si ou para familiares), as pessoas traziam uma necessidade de escuta do horror e da angústia e, quando necessário, eram encaminhadas para atendimento pelos profissionais de saúde mental. Outro local importante era a igreja³ principal do centro da cidade, que temporariamente reunia diversos recursos próprios do município, inclusive sua equipe de atenção psicossocial. Ali, uma psicóloga do município coordenava nossas ações conforme as demandas dos territórios. Como ainda havia certa di-

³ As fotos mostram a adaptação temporária do espaço da igreja e um cartaz feito à mão para identificar o acesso a psicólogos no local.

ficuldade de circulação e de telecomunicação, nos foi solicitada a realização de busca-ativa através de visitas domiciliares⁴ em determinadas regiões da cidade para oferta de escuta qualificada e levantamento das necessidades das famílias atingidas. O transporte foi feito em veículo com motorista disponibilizado exclusivamente para o deslocamento da equipe⁵, e as visitas eram realizadas em duplas multidisciplinares.

Figura 1, 2 e 3- Espaço adaptado



4 A foto mostra o mapa que nos foi disponibilizado.

5 Foto da autora dentro da van..

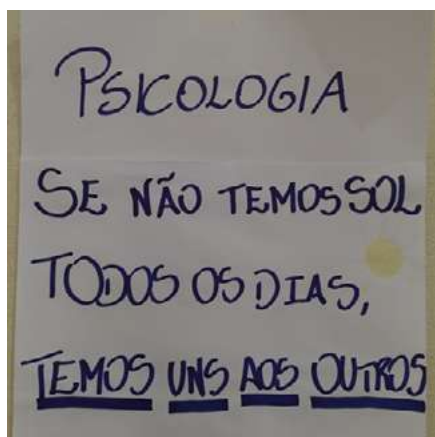


Figura 4 - Mapa disponibilizado



Figura 5 - Foto da autora



Fonte: Imagens da autora (2024).

Para o cuidado integral após a enchente, os profissionais de saúde mental também precisavam estar atentos a questões referentes à imunização, segurança alimentar, doenças crônicas e psiquiátricas que exigem medicamentos de uso contínuo, por exemplo. Além disso, era fundamental avaliar riscos em saúde mental e identificar os casos mais graves ou agudizados, que exigiram maior mobilização de recursos da rede local

para realizarmos o manejo necessário (evitando assim uma internação psiquiátrica, por exemplo) e os devidos encaminhamentos. Ao mesmo tempo em que se busca não patologizar o sofrimento (expresso em reações emocionais esperadas diante de eventos críticos), atenta-se para os riscos e a prevenção de todo tipo de violência, incluindo violências auto-provocadas.

Dando seguimento a esse processo, na terceira etapa, de recuperação, igualmente se destacam importantes atribuições da APS, como a longitudinalidade da atenção à saúde integral, a coordenação do cuidado e a articulação com a rede, a vigilância em saúde, a construção de Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2013) para os casos mais complexos, o enfoque comunitário e os dispositivos grupais. As experiências demonstram que “o fenômeno social traumático deve ser inscrito e elaborado no nível coletivo, sem, entretanto, desmerecer as respostas singulares” (Rosa; Berta; Alencar, 2010). Portanto, mostra-se imprescindível apostar nos processos coletivos e na dimensão criativa, a partir da cultura local, incentivando o protagonismo da população local nessas construções, sendo elemento-chave nesse processo o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (Freitas *et al.*, 2023). Conforme explicado anteriormente, o processo de recuperação após um desastre tam-

bém representa uma oportunidade para desenvolver e aplicar medidas de redução dos riscos para ocorrências futuras, por exemplo, transferindo serviços essenciais como o hospital da cidade para uma região mais alta e mais distante do rio, ou orientando as comunidades sobre a necessidade de evacuação de determinadas localidades diante de novos alertas. Nesse sentido, a APS também poderá contribuir, através dos seus dispositivos de educação em saúde.

Em Roca Sales, foi interessante observar que, para a maioria das pessoas atendidas pela nossa equipe, aquele foi o primeiro contato com profissionais de saúde mental em toda a sua vida. Esse é um exemplo de como, nos contextos de desastre, criam-se oportunidades que talvez não teriam surgido de outra forma, ou teriam demorado muito mais. Por outro lado, se faz necessário extremo cuidado ao retirar do território os recursos mobilizados a partir da situação emergencial, para que a população afetada e atendida não se sinta (novamente) em uma condição de desamparo. Assim, a UBS móvel mantida pela FN-SUS foi reduzindo gradualmente seu horário de funcionamento conforme a APS do município ia se reorganizando para a retomada de suas atividades.

Para complementar este relato de experiência, tomo emprestado relatos de psicólogas do Vale do Taquari que atuaram em outras frentes de trabalho nessa enchente, para trazer informações sobre o período posterior. Dhein (2023) ressaltou que a organização pós-enchente foi distinta em cada município: “percebemos uma diferença na recuperação da saúde mental da população nos locais em que as equipes de saúde permaneceram em seus territórios de origem das que foram desalojadas devido à destruição das unidades de saúde”. Fossi (2023), psicóloga servidora de outro município, observou que

muitas vítimas relataram que após três ou quatro semanas se sentiram “abandonadas”. É preciso ter a noção de que as dificuldades de quem perde sua casa e seus bens materiais duram muito tempo, que há uma necessidade de continuidade e processualidade do acompanhamento dessas famílias. [...] cabe salientar que as ações iniciais promovidas por voluntárias/os são de extrema importância, mas que cabe ao Poder Público garantir a continuidade das ações de atenção e cuidado para com a população.

Sendo assim, o SUS deve estar preparado para atuar em todas as etapas da gestão de riscos de desastres e emergências em saúde pública, desenvolvendo políticas e ações para prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação (Freitas *et al.*, 2023). Os autores

defendem o fortalecimento da integração da APS com a Vigilância em Saúde como condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance das necessidades da população diante de desastres: a APS, como ordenadora da rede de atenção à saúde nos territórios afetados, é fundamental em todo o processo; e a atuação da Vigilância em Saúde é primordial na estruturação de fluxos de dados e informações que possibilitem avaliações rápidas dos riscos na esfera local e, em alguns casos, em tempo oportuno. Além disso, uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) forte e resolutiva irá influenciar de forma decisiva na capacidade de resposta local a uma situação de desastre (Freitas; Mazoto; Rocha, 2018).

O presente relato de experiência buscou evidenciar ferramentas teórico-práticas da APS que demonstraram ser cruciais para garantir o cuidado integral à saúde em cada uma das etapas de intervenção em desastres climáticos, como a enchente ocorrida no Vale do Taquari em 2023. A literatura ainda aponta a importância da APS em outras ações pertinentes, como a atuação da Estratégia Saúde da Família “nos abrigos, realizando ações de educação em saúde e promoção à saúde” (Freitas; Mazoto; Rocha, 2018, p. 88), que não foram vivenciadas durante a experiência relatada. No ano se-

guinte, uma enchente ainda mais devastadora atingiu o Rio Grande do Sul, afetando 478 municípios e resultando em 423.486 pessoas desalojadas e 18.854 pessoas abrigadas, segundo dados divulgados pela Defesa Civil (Rio Grande do Sul, 2024), o que reforça a relevância de compartilhar vivências também nesse âmbito. O campo da atenção a desastres e emergências em saúde pública no Brasil tem avançado nas últimas décadas, e permanece essencial disseminar amplamente as experiências e conhecimentos adquiridos entre profissionais de saúde e a população em geral, fazendo bom uso dos recursos produzidos pelo SUS.

Referências

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140082. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnf-q8HSCymkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2024.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

CARDONA, Omar Dario. El manejo de riesgos y los preparativos para desastres: Compromiso institucional para mejorar la calidad de vida. In: MANSILLA, Elizabeth (ed.). **Desastres: modelo para armar: colección de piezas de un rompecabezas social.** Panamá: La RED - Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. 1996, p.128-147.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres.** 1. ed. Brasília, DF: CFP, 2021.

DHEIN, Gisele. Por uma articulação coletiva, intersetorial e no território. **Revista Entrelinhas**, Porto Alegre, n. 94, set./dez. 2023. Disponível em: <https://www.crprs.org.br/entrelinhas/225/perspectiva-por-uma-articulacao-coletiva-intersetorial-e-no-territorio>. Acesso em: 7 set. 2024.

FOSSI, Luciana Barcellos. Por uma Psicologia sensibilizada às demandas advindas das situações de emergências e desastres climáticos. **Revista Entrelinhas**, Porto Alegre, n. 94, set./dez. 2023. Disponível em:

<https://www.crprs.org.br/entrelinhas/221/relato-de-experiencia-por-uma-psicologia-sensibilizada-as-demandas-advindas-das-situacoes-de-emergencias-e-desastres-climaticos>. Acesso em: 7 set. 2024.

FREITAS, Carlos Machado de; MAZOTO, Máira Lopes; ROCHA, Vânia da. **Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018.

FREITAS, Carlos *et al.* **Orientações para gestão de risco de desastres e emergências em saúde pública**: abordagem integrada Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: MS; Fiocruz; ENSP; CEPEDES, 2023.

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES (IFRC). **Disasterrisk management policy**: from prevention to response and recovery. Geneva: IFRC, 2020.

NARVÁEZ, Lizardo; LAVELL, Allan; ORTEGA, Gustavo Pérez. **La gestión del riesgo de desastres**: un enfoque basado en procesos. 1.ed. Lima: [s. n.]: 2009.

NOAL, Débora *et al.* A atuação do psicólogo em situações de desastres: algumas considerações baseadas em experiências de intervenção. **Revista Entrelinhas**, Porto Alegre, n. 62, abr./jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Desastres Naturais e Saúde no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2015. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam de Castro. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-

55, jun. 2006. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/16847-62802-1-PB.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ;CEPESC;ABRASCO, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Defesa Civil .**Defesa Civil atualiza balanço das enchentes no RS – 9/6**. Porto Alegre: Defesa Civil RS,9 jun. 2024. Disponível em: <https://www.defesacivil.rs.gov.br/defesa-civil-atualiza-balanco-das-enchentes-no-rs-4-6-9h-6665fd39304d5>. Acesso em: 14 set. 2024.

ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra Letícia; ALENCAR, Sandra Luiza de Souza. A elaboração coletiva do trauma: a clínica do traumático. In: SCOTTI, Sérgio *et al.* (org.). **Escrita e Psicanálise II**. Curitiba: CRV, 2010. v. 1, p. 15-25.

SANTOS, Milton.**A Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**: Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%20%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%9Ade.pdf. Acesso em: 7 set. 2024.

CUIDAR EM COLETIVIDADE: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM UM ABRIGO EMERGENCIAL DE PORTO ALEGRE NA ENCHENTE DE 2024

Laura Trevisan Fechner

Thaís Botelho da Silva

Vania Celina Dezoti Micheletti

Caetano Braun Cremonini

Carolina Medero Rocha Essig

Introdução

A enchente que assolou o Estado do Rio Grande do Sul em 2024 foi sem precedentes e trouxe com ela uma série de desafios estruturais, humanitários e sanitários. Em um mundo globalizado, com urbanização acelerada, muitas vezes desordenada, abre-se as portas para migrações forçadas, principalmente devido a desastres climáticos, que também vem aumentando de frequência. Junto a isso, temos a precarização de políticas públicas de governo, culminando em menores investimentos na saúde e aumento das vulnerabilidades. Vale salientar que o desastre em si não reflete apenas a situação de risco e vulnerabilidade já pré-existentes, mas passa a gerar novos cenários continuamente, exigindo que haja uma implementação e manutenção contínua de políti-

cas que visem abrandá-los (Organização Pan-Americana da Saúde, 2009; Brasil, 2021). Diante da tragédia sem precedente foi declarado estado de calamidade pública decretado pelo governo estadual e pela prefeitura municipal de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, 2024; Porto Alegre, 2024).

A partir de 29 de abril de 2024, inundações afetaram diversas comunidades gaúchas, forçando o deslocamento e a realocação de pessoas, num cenário que gerou questões diversas e novas para a saúde pública, reacendendo o tema da territorialização em saúde. A esse respeito, já é bem estabelecida a relevância da compreensão das características culturais, sanitárias e políticas de um território e da sua população por parte da equipe de saúde (Monken; Godin, 2016). Contudo, se mostrou extremamente desafiador garantir cuidados mínimos de saúde diante de uma população desabrigada, longe de seus pertences, dividindo espaços com desconhecidos e vivendo em moradias temporárias, muitas vezes distante de seus territórios de origem e de pertencimento. Assim, diante do maior desastre climático da história do Rio Grande do Sul que deixou milhares de desalojados, organizações civis e governamentais se mobilizaram para acolher os desalojados em abrigos.

Assim, este ensaio visa elencar as experiências vivenciadas por residentes multiprofissionais e seus tutores na atuação junto a um abrigo emergencial na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no mês de maio de 2024 e discussões advindas dessa prática.

Processo de organização da equipe de trabalho

Em um dos muitos abrigos organizados, localizado em uma escola estadual na zona norte de Porto Alegre/RS, além da direção da escola e dos professores, formou-se uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde, que incluíram: enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, veterinários e dentistas. A grande maioria dos profissionais ali presentes se voluntariou ao perceber a grave situação que vinha acometendo a população. Durante o primeiro final de semana da catástrofe, a equipe voluntária foi organizando e montando fluxos de trabalho, possibilitando o primeiro acolhimento da população desabrigada, que chegou a 163 pessoas e que permaneceu naquele espaço por cerca de um mês.

No início da primeira semana, começaram a ingressar no espaço do abrigo alguns residentes e tutores da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) da área de farmácia, enfermagem, nutrição,

fisioterapia e educação física, com experiência na área de saúde pública, que atuaram no cuidado integral em saúde da população. A formação propiciada pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Programa de Atenção Básica da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) direciona esses profissionais a desenvolverem abordagens interdisciplinares, considerando os aspectos sociais, econômicos e ambientais, tão necessários ao enfrentamento de situações de crise.

Com uma equipe se formando, os fluxos do abrigo começaram a se moldar, configurando-se em espaços de acolhimento, ampliando as clássicas ações de triagem de pessoas com alguma necessidade de saúde. Esse processo não foi fácil, houveram conflitos e ruídos na sua construção, uma vez que havia uma grande multiplicidade de perspectivas, disputas, trajetórias e concepções de trabalho em saúde concomitantes. Desse modo, para além das residentes e dos tutores da ESP/RS, estavam presentes profissionais com atuação em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), trabalhadoras aposentadas da assistência social do município, psicólogas com experiências variadas em serviços públicos e em atendimento privado e, principalmente, equipe médica formada por profissionais vinculados à experiência

hospitalar e acadêmicos de medicina e outros núcleos profissionais com atuação pontual, mas todos de forma voluntária.

Devido ao caráter emergencial de funcionamento do abrigo, com multiplicidade de concepções e experiências, houve uma centralização da coordenação da equipe de saúde na equipe médica; reconhecidos, também, pelos outros atores ali presentes - trabalhadoras e trabalhadores da escola e voluntários do território. Era como se, em meio à urgência da catástrofe e das pessoas desabrigadas, antigas hierarquias naturalizadas e presentes no campo fossem reforçadas, com tendência a um modelo de organização de equipe médico-centrada, que foi evidenciado em diversos momentos (Ferreira; Garcia; Vieira, 2010). Apesar da equipe de enfermagem, por exemplo, possuir, na Atenção Primária à Saúde, autonomia quanto à anamnese, avaliação e prescrição de medicamentos; essas ações foram, por vezes, dificultadas a estes profissionais, reforçando um modelo curativista que tem a tomada de decisão exclusiva no saber médico (Ferreira; Perico; Dias, 2017; Brasil, 2017; Cespedes; Souza; Borges, 2020).

Foram instituídas reuniões diárias pela coordenação do abrigo com os representantes dos diversos segmentos da saúde, cozinha, responsáveis dos animais

e voluntários, entre outros, para fazer o alinhamento das ações e discutir o processo de trabalho. Uma discussão que perpassava as reuniões de equipe era sobre que tipo de atendimento deveria ser oferecido: com um modelo aproximado aos de atenção primária à saúde, ambulatoriais, emergenciais ou mesmo hospitalares. O abrigo não se constituía como nenhum serviço que os profissionais voluntários estavam acostumados a trabalhar, não era uma escola, nem uma unidade de saúde, nem um albergue para pessoas em situação de rua, tampouco um hospital. Desse modo, para além da situação extremamente delicada que as pessoas abrigadas estavam vivenciando, os voluntários ali também apresentavam inseguranças quanto à natureza da sua atividade.

Experiências realizadas

Cuidado em saúde

Dentre as atividades de saúde realizadas durante o período, houve ampla vigilância frente à população acolhida no abrigo. Muitas destas atividades foram desenvolvidas mediante informações de histórico de saúde fornecidas pelos pacientes e/ou familiares, como para situações de hipertensão e diabetes, e também quanto a doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose e Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV),

essas com índice de prevalência preocupante na capital. Algumas informações eram complementadas pelo acesso ao Prontuário Eletrônico do Cidadão, que os residentes da Atenção Primária à Saúde (APS) tinham acesso, verificados apenas quando demandas e dúvidas eram trazidas pelos próprios pacientes.

Muitas pessoas chegaram ao abrigo sem seus medicamentos para o tratamento do Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Por se tratar de insumos com disponibilização gratuita pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 1996), a equipe do abrigo contatou os Serviços Municipais responsáveis e assim conseguiu proporcionar à população o prosseguimento do seu tratamento sem a necessidade de deslocamentos e apresentação de prescrições médicas, as quais, vale relembrar, também foram perdidas durante a inundação.

É importante ressaltar que parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foi afetada de alguma forma. Desse modo, foram necessárias adequações nos fluxos municipais previamente instituídos para a realidade da enchente que vivenciávamos. Os impactos acometeram desde os espaços físicos de Unidades de Saúde e da Central de Materiais de Medicamentos e Insumos, além de comprometerem a

logística devido à redução do transporte público, à falta de profissionais e à interrupção do sistema de tecnologia da informação e comunicação do Estado do Rio Grande do Sul, entre outros desafios. Freitas e Ximenes (2012) em uma revisão sobre a atuação das equipes de saúde pública em enchentes, destacam a importância de as gestões construírem respostas e ações rápidas, assim como encaminhamento de propostas e soluções para a prevenção e/ou mitigação dos riscos e impactos.

Devido à preocupação com a aglomeração de famílias em espaços reduzidos, houve um reforço na avaliação clínica dos pacientes com sintomas respiratórios e sugestivos de tuberculose — doença de transmissão aérea que afeta principalmente os pulmões — como tosse seca, suor noturno, falta de apetite, entre outros (Brasil, 2019). Mediante atuação dos profissionais voluntários e da ESP, houve realização de coleta de escarro no próprio abrigo e encaminhamento de radiografia pulmonar conforme fluxo da Secretaria Municipal de Saúde, resultando em análise nos laboratórios municipais e consequente monitoramento dos resultados.

Outro ponto de atuação refere-se à anticoncepção. Diversas mulheres optam pelo uso de anticoncepcionais injetáveis visto que são opções eficazes e de longa duração para a prevenção da gravidez (Federação

Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2015). São distribuídos via Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre em duas apresentações, injeção mensal e trimestral. No entanto, este último, utilizado pela maior parte das mulheres acolhidas no abrigo, apresentava-se em falta no mercado desde fevereiro de 2024. Devido à indisponibilidade do método, algumas mulheres tiveram apoio da equipe de saúde do abrigo para fazer a transição para o método injetável mensal.

Outras, preferiram não alterar o tipo de anticonceptivo e houve tratativas para retirada via Programa Farmácia Popular do Brasil. Foi realizada aplicação para todas aquelas que estavam na data prevista, seguindo os protocolos específicos de testagem em caso de suspeita de gravidez ou atraso na aplicação (Brasil, 2016). A equipe também problematizou a importância de tratar de anticoncepção com os homens, haja vista que esta responsabilidade não deve recair somente sobre a mulher; no entanto, apesar das discussões internas, o assunto não chegou a ser abordado com o público masculino.

Durante os dias de atuação no abrigo, foram identificadas diversas necessidades, especialmente relacionadas à atualização do esquema vacinal de adultos e crianças, conforme preconizado pelo Programa Nacio-

nal de Imunizações (Brasil, 2024). No caso das crianças, optou-se por encaminhá-las às unidades de saúde para a realização das vacinas por haver um melhor controle e registro nos sistemas de informação. Já a vacinação dos adultos foi realizada diretamente no abrigo, devido à grande demanda identificada. Essa abordagem permitiu não apenas a atualização das vacinas - dupla adulta e a H1N1, mas também se configurou como uma oportunidade valiosa para realizar educação em saúde. Para aqueles aos quais as vacinas não puderam ser administradas no abrigo, houve encaminhamento para as unidades de saúde, garantindo mais uma oportunidade de acesso.

Uma preocupação levantada pela atuação da fisioterapia presente no espaço foi relacionada às pessoas com dificuldade de locomoção, com deficiência e/ ou acamadas. Elas inicialmente foram avaliadas de forma individual e observadas as condições do ambiente para sua mobilidade e autonomia. A partir disso, foram realizadas adaptações e mudanças ambientais, como trocar o quarto e colchão, retirada de objetos que ofereciam o risco para quedas, identificação da necessidade de dispositivos auxiliares de marcha e estímulo e apoio de toda a equipe para realização de atividades de autocuidado e higiene pessoal.

A partir do levantamento da necessidade de dispositivos de marcha, foi feito contato com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO5). Foram disponibilizados, por meio de doações muletas, bengalas e andadores que foram distribuídos para abrigados da escola e, os itens que sobraram, direcionados a outros abrigos. Além disso, com base na avaliação individual dos abrigados com déficit de funcionalidade, foram identificadas as pessoas que se beneficiam de acompanhamento fisioterapêutico. Essas pessoas foram atendidas por fisioterapeutas voluntários que iam até o abrigo e se revezavam no acompanhamento. A atividade permitiu que diversas pessoas que possuíam indicação de realização de fisioterapia pudessem ter acesso a ações de reabilitação e orientações para ampliação da sua independência funcional. Ainda que a fisioterapia esteja mais presente no cotidiano das pessoas que necessitam, ainda é bastante frequente a ocorrência de diversos vazios assistenciais na rede pública, o que impõe barreiras de acesso ao direito pelo cuidado em saúde (Pereira *et al.*, 2022).

Grupo de Atividade Física

Era perceptível durante a realização das atividades no abrigo o quanto a saúde mental das pessoas

abrigadas estava impactada. Sentimentos de ansiedade, medo, desesperança, insegurança, angústia e tristeza faziam parte do cotidiano dos acolhidos. Dessa forma, a equipe se questionou sobre que ações poderiam ser desenvolvidas para atuar nesse sentido. Além da proposta de escuta individualizada realizada por psicólogas voluntárias, também se pensou na criação de um espaço de cuidado coletivo que pudesse promover saúde de forma mais abrangente. Assim, apoiado nas premissas dos Primeiros Cuidados Psicológicos¹ foi planejado a criação de um grupo de atividades físicas com o objetivo de poder auxiliar na redução do estado de *stress* advindo da catástrofe climática.

Foram realizadas diferentes práticas corporais, como exercícios de mobilidade, alongamento e fortalecimento muscular global, caminhada em ambiente externo e corrida leve, atividades rítmicas e lúdicas com passos de dança e música, exercícios de respiração

1 Primeiros Socorros Psicológicos: Os primeiros cuidados psicológicos descrevem uma resposta humana e de apoio às pessoas em situação de sofrimento e que se mostram muito abaladas após uma situação de crise, sobretudo em contextos de desastres. Entende que o cuidado em saúde mental pode e deve ser realizado com atuação multiprofissional e inclui os seguintes objetivos: oferecer suporte e cuidado práticos não invasivos; avaliar necessidades e preocupações; ajudar as pessoas a suprir suas necessidades básicas; escutar as pessoas sem pressioná-las a falar; confortar as pessoas e ajudá-las a se sentirem calmas; ajudar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais; proteger as pessoas de danos adicionais (Organização Pan-americana da Saúde, 2015).

e relaxamento. Essas ações eram conduzidas cada dia por um profissional diferente, sendo um educador físico ou fisioterapeuta. Assim, foi criada uma rotina de atividades que aconteciam de segunda a sexta-feira pela manhã, em uma sala reservada ou nas quadras de esporte da escola/abrigo, ou ainda na rua/prça próximas à escola.

A atividade física está diretamente associada à prevenção e ao tratamento de doenças crônicas cardiovasculares, assim como a condições e dores osteomusculares, mas também pode promover sociabilidades, autoestima e novos aprendizados que ampliam o repertório sociocultural das pessoas. Quando realizada em grupo pode ser entendida como uma potente ferramenta de promoção de saúde mental, ao fortalecer os valores coletivos, sentimento de pertencimento e propiciar a criação de vínculos e trocas entre os participantes. Dessa forma, deve ser compreendida também como um direito, já que é um espaço de produção de saúde, em sentido mais ampliado e integral (Brasil, 2023).

No decorrer dos dias, houve uma vinculação de algumas pessoas com o Grupo de Atividade Física, de modo que as participantes eram quase sempre as mesmas - em sua grande maioria, mulheres de meia-idade ou idosas, vindas de diferentes territórios atingidos pe-

las enchentes. De forma geral, elas expressaram uma valorização importante do trabalho desenvolvido no grupo e demonstravam afeto pelos profissionais que coordenaram a atividade. Criaram, também, uma aproximação entre si, formando laços sociais possíveis para o enfrentamento do momento de tragédia que viviam. Desse modo, com o Grupo de Atividades Físicas propiciou-se uma rotina de atividades e práticas corporais, com estímulo ao autocuidado, empatia e solidariedade.

Organização do espaço da Farmácia

Ao chegar ao abrigo, verificou-se que muitas pessoas estavam sem seus medicamentos de uso contínuo, como antidiabéticos e antihipertensivos. Ao mesmo tempo, o espaço de acolhimento recebia inúmeras doações de medicamentos nas mais diversas condições: amostras grátis, medicamentos já abertos, fracionados, outros disponibilizados por hospitais e também caixas fechadas recém compradas com objetivo de doação. Chegavam medicamentos doados pela população não atingida diretamente, seja em sacolas, caixas, com prazo dentro e fora da validade, separados na pressa e com o intuito de prover um cuidado à população atingida.

Foi estabelecida uma farmácia improvisada com todas as doações recebidas. A primeira organização foi

realizada por enfermeiras, conforme a demanda do local. Posteriormente, houve a chegada de uma residente de Farmácia da APS vinculada ESP/RS e a equipe de farmacêuticas voluntárias. A dispensação foi toda realizada com base em consultas feitas no espaço da Enfermaria, com avaliação das prescrições médicas, seguindo as Legislações vigentes, como Portaria 344/98 e RDC 471/2021. Em alguns casos, foi necessário realizar ajustes de dose e de medicamentos devido a disponibilidade, mas sempre em parceria com a equipe da saúde. Essa ação evidenciou a importância do farmacêutico nesse espaço de diálogo e prática interdisciplinar enquanto nos espaços de saúde (Brasil, 1998; 2021).

Nos primeiros dias, a dispensação de medicamentos básicos era realizada diariamente para cada pessoa. Com o passar do tempo e a estimativa do estoque e consumo, foi possível realizar a entrega e orientação para mais dias. Primeiro para 48 horas, depois para 72 horas, por uma semana e por fim, o quantitativo que a pessoa necessitaria por volta de um mês de tratamento. Tal recurso era de extrema necessidade, visto que muitas Unidades de Saúde de referência para os pacientes foram atingidas pelas águas e demorariam a se restabelecer.

Para atender a necessidade dos abrigados po-

limedicados, foi criado um espaço de dispensação e orientação farmacêutica, com preenchimento de tabelas que buscavam facilitar a tomada dos medicamentos (Figura 1) sendo este material produzido pela farmacêutica residente. Em alguns casos, era necessário refazer a tabela diversas vezes, além de entregar os medicamentos já unitarizados, para gerar o melhor entendimento possível para aquela pessoa, e assim, garantir a adesão e melhora em seu cuidado em saúde. Houve também dispensação de medicamentos presentes na Portaria 344/98 para no máximo 48 horas de tratamento, sendo que ao fim, foi entregue total para um mês de tratamento. Isso era realizado para que houvesse a possibilidade de manutenção/reposição de estoque caso necessário e a garantia de que caso mais pessoas viessem a necessitar, também teriam acesso ao medicamento (Brasil, 1998).

Imagem 1: Tabela de orientação e controle de medicamentos.



Fonte: Arquivo pessoal (2024).

Alimentação e Nutrição: um grande desafio

Um dos grandes desafios enfrentados durante este período abrangeu a questão da alimentação tanto dos abrigados quanto dos voluntários ali presentes. É de suma importância salientar que, segundo o Art.3º da Lei 11.346 de 15 de setembro de 2006, a segurança alimentar envolve garantir o direito ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente. A Lei ainda trás que não deve haver comprometimento de outras necessidades essenciais e que deve

haver promoção de práticas que respeitem a diversidade e a sustentabilidade (Brasil, 2006).

A preocupação com a questão da segurança alimentar e nutricional foi constante. A tarefa de providenciar desjejum, almoço, lanche da tarde e jantar para 200 pessoas, todos os dias, não foi fácil; O maior desafio enfrentado foi conseguir alimentos quantitativamente suficientes, nutricionalmente adequados e em condições de consumo, principalmente devido ao fato de todo alimento recebido neste abrigo ser proveniente de doação. Como estratégia, foi formada uma equipe que contou com funcionários da cozinha da escola, uma nutricionista e um voluntário, pai de aluno, que ficou como responsável pelo setor e pela articulação com outros setores do abrigo. A Escola de Saúde Pública esteve presente, com a tutora e a residente de nutrição, que contribuíram nas atividades, principalmente nos momentos críticos, como falta da nutricionista, falta de funcionários, atraso das marmitas e questões relacionadas às dietas especiais.

Em relação às dietas especiais, haviam pessoas com necessidade de dieta pastosa, dieta hipossódica, dieta para pessoas que vivem com diabetes e, um, com necessidade de dieta sem glúten. Podemos dizer que este foi um caso bem desafiador, considerando a

complexidade em conseguir refeições sem glúten e sem contaminação cruzada. A solução encontrada, foi conseguir doações de uma empresa que produzia refeições para celíacos. Neste contexto, foi preciso orientar as pessoas da cozinha sobre todos os cuidados necessários para manipular as refeições, prevenindo os riscos de contaminação com glúten.

A experiência de alimentar pessoas de maneira adequada, enfrentando diversos imprevistos e dependendo exclusivamente de doações, sem dúvida, foi um enorme desafio.

Considerações finais

Este ensaio destaca a importância dos residentes, tutores e demais profissionais da equipe multiprofissional estarem presentes na construção de um espaço de acolhida e cuidado, principalmente em um dos momentos mais difíceis para a história do povo gaúcho. Esta construção pode provocar diversas problematizações na equipe, que acompanhou de perto a organização da atenção à saúde em um contexto desafiador para a saúde pública.

Foi indispensável demonstrar disposição para atuação junto às diferentes necessidades apresentadas,

capacidade de adaptação da práxis profissional frente às adversidades, competência técnica para identificação de situações de risco e manejo de intercorrências, assim como habilidade relacional para estabelecer atuação compartilhada com diferentes profissionais.

A formação em saúde para atuação no SUS provoca os profissionais a se implicarem com o cotidiano de trabalho e promoverem uma atuação capaz de produzir melhorias nas condições de vida da população nos mais diferentes territórios.

Com a crescente frequência dos desastres climáticos e ambientais, os profissionais da saúde, seja na gestão, vigilância ou assistência, precisam estar preparados. Isso pode ser alcançado por meio de formações contínuas, que os capacitem para atuar em futuras emergências com respostas integradas e medidas intersetoriais, visando prevenir e mitigar os efeitos desses eventos.

Por fim, a própria crise climática, suas causas e consequências, bem como as medidas necessárias diante desta nova realidade, devem cada vez mais integrar os debates e desenvolvimentos teóricos na formação, de modo a promover um fazer em saúde à altura dos desafios contemporâneos.

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Caderno técnico de gestão integrada de riscos e desastres.**, Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Regional, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/protecao-e-defesa-civil/Caderno_GIRD10__.pdf. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.313/96, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: seção 1, p. 23725, 14 nov. 1996. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9313&ano=1996&ato=719k3aq1UMJpWTe69>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 18 set. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Promoção da atividade física na atenção primária à saúde e sua inserção nos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS** [versão preliminar]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Instrução Normativa do Ca-**

lendário Nacional de Vacinação 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacao-2024.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_sau-de_mulheres.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº344 de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria nº 471, de 23 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, listadas em Instrução Normativa específica. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF: seção1, p. 85, 24 fev. 2021. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/RDC%20471_21%20ANTIMICROBIANOS.pdf. Acesso em: 27 ago. 2024.

CESPEDES, M.; SOUZA, J.; BORGES, S. Empecilhos e soluções para relação médico-enfermeiro: revisão narrativa. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, n. 65, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/587> Acesso em: 14 fev. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Anticoncepção**. São Paulo: FEBRASGO, 2015. Disponível em <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>. Acesso em: 22 ago. 2024.

FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 31-54, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ram/a/7WPdjWBykXfrKcsPzPSGDZH/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**,

Brasília, DF, v. 71, p.704-709, 2018. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JL-dL8xc7HNf9ZhxF/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

FREITAS, C. M. de; XIMENES, E. F. Enchentes e saúde pública: uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1601-1616, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bkRHD6m-Zpb737QGcRfn3g5M/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MONKEN, M.; GONDIN, G. M. M. Território: o lugar onde a vida acontece. In: Bornstein, V. J. *et al.* (org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

NARVÁEZ, L.; LAVELL, A.; ORTEGA, G. P. **La gestión del riesgo de desastres**: un enfoque basado en procesos. San Isidro: Secretaría General de la Comunidad Andina, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mudança climática e saúde**: um perfil do Brasil. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mudanca_climatica_saude.pdf Acesso: 14 fev 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo**. Brasília, DF: OPAS, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7676/9788579670947_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 14 fev 2025.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Decreto**

nº 22.647, de 02 de maio 2024. Declara estado de calamidade pública no município de Porto Alegre pelo evento adverso chuvas intensas – COBRADE 1.3.2.1.4, conforme Portaria nº 260/2022 do Ministério de Desenvolvimento Regional. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2024. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/5174_ce_475754_1.pdf Acesso em: 14 fev. 2024.

PEREIRA, A. G. *et al* Vazios assistenciais na reabilitação física: análise espacial dos serviços de fisioterapia e dos domicílios dos usuários em uma capital brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 25, p. e220011, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZZ8wfM3gcgGVZ687Vfwnfzn/abstract/?lang=pt> Acesso em: 27 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 57.596, de 1º de maio de 2024. Declara estado de calamidade pública no território do Estado do Rio Grande do Sul afetado pelos eventos climáticos de chuvas intensas, COBRADE 1.3.2.1.4, ocorridos no período de 24 de abril a 1º de maio de 2024. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 1º de maio 2024. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=997980> Acesso em: 24 ago. 2024.

O CUIDADO EM MEIO AO DESASTRE: DESAFIOS PARA A REESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO

Luana Teles de Resende

Sthefaní Amaral Grudginski

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

Maria Celeste de Souza da Silva

O que são desastres?

Os desastres, enquanto eventos de magnitude considerável, têm o potencial de causar impactos devastadores, especialmente na infraestrutura de saúde, gerando danos físicos, psicológicos e sociais à comunidade local. Diante desses cenários, torna-se imprescindível a adoção de medidas urgentes que protejam a saúde da população e mitiguem os impactos generalizados desses eventos (Brasil, 2017a). Fenômenos como inundações, terremotos e tempestades não apenas destroem estruturas essenciais, como hospitais e centros de saúde, mas também interrompem a prestação de serviços assistenciais, aumentando a vulnerabilidade de grupos em situações de risco. Como consequência, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são profundamente afetadas, comprometendo tanto a resposta quanto a continuidade dos serviços (Nashwan *et al.*, 2023).

Além disso, desastres frequentemente desencadeiam crises na saúde pública, sobrecarregando a capacidade de atendimento e expondo a população a um aumento expressivo de doenças e riscos adicionais. Países de baixa e média renda são desproporcionalmente mais impactados por tais eventos, em comparação às nações de maior poder econômico, devido à precariedade da infraestrutura e à escassez de recursos. Esses desastres acentuam desigualdades preexistentes, afetando de forma desigual áreas rurais e economicamente fragilizadas, onde a capacidade de resposta e recuperação é consideravelmente limitada (Donatti *et al.*, 2024).

A ocorrência de desastres é condicionada por três fatores interdependentes: perigo natural, vulnerabilidade e exposição. O perigo natural abrange fenômenos geográficos, como chuvas intensas, ventos extremos e terremotos, configurando ameaças de origem climática ou geológica (Mattedi; Butzke, 2001). A vulnerabilidade, por sua vez, está atrelada à fragilidade das populações expostas, especialmente aquelas que residem em áreas com infraestrutura precária, o que limita sua capacidade de resposta diante de situações de risco. Esse fator é amplificado por um contexto histórico-social de desigualdade e exploração do meio ambiente, em consonância com o conceito de Determinação Social,

que reflete a produção capitalista e suas consequências (Silva; Bicudo, 2022; Viana, 2016). A exposição, por fim, é um reflexo direto da urbanização desordenada, caracterizada pela ocupação de áreas inadequadas para o assentamento humano, com destaque para as populações de baixa renda, cujo assentamento em locais vulneráveis é impulsionado pela falta de planejamento e ordenamento territorial (Fapeu, 2020).

Este cenário foi evidenciado de forma dramática durante as chuvas intensas que atingiram o Rio Grande do Sul em 2024. As precipitações superiores a 200 mm, seguidas por inundações severas, configuraram um dos eventos climáticos mais significativos já registrados no estado e um dos mais expressivos no Brasil. Essa catástrofe expôs de maneira contundente as fragilidades no enfrentamento de desastres, refletindo uma convergência de fatores determinantes: a magnitude do evento natural, que causou danos físicos, ambientais e humanos; a vulnerabilidade de populações que habitam áreas geograficamente e socialmente expostas; e a fragilidade dos planos de prevenção e contingência, que se mostraram insuficientes para minimizar os danos causados (Unocha, 2024).

A situação no Rio Grande do Sul destacou a necessidade de uma resposta estruturada e integrada,

considerando a complexidade desses fatores interrelacionados. Em face dessa realidade, é imperativo que as estratégias de gestão em saúde, no enfrentamento a desastres, contemplem tanto as demandas emergenciais e imediatas quanto a recuperação da infraestrutura, dos equipamentos e das linhas de cuidado que compõem as RAS. Além disso, é essencial que essas estratégias incluam abordagens focadas na redução das disparidades no acesso aos serviços de saúde, garantindo suporte adequado às populações mais vulneráveis, direta ou indiretamente afetadas pelo evento (Unocha, 2024).

O que são emergências em saúde pública?

As emergências em saúde pública configuram cenários de elevado risco, nos quais a integridade da população é ameaçada e exigem respostas coordenadas e eficazes. A atuação frente a essas crises demanda uma articulação tripartite entre os entes federativos, dada a necessidade de mobilização de recursos provenientes de diferentes setores institucionais, como saúde pública, defesa civil, segurança pública e assistência social. Essa mobilização, iniciada no nível local, expande-se para os níveis estadual, federal e, em muitos casos, internacional, consolidando um esforço colaborativo entre diversas instituições. O objetivo central é garantir

a segurança da população, minimizar a disseminação de doenças e agravos, e assegurar a continuidade dos serviços essenciais de saúde (Chaudhary; Piracha, 2021; Carmo, 2020; WHO, 2005).

A eficácia da resposta a emergências em saúde pública está diretamente ligada à capacidade de integração e coordenação de recursos e esforços entre diferentes esferas, incluindo governos, organizações não governamentais e entidades internacionais. Uma resposta bem-sucedida não se limita a conter a crise no curto prazo, mas também deve fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde, visando uma resposta mais eficaz a emergências futuras (Chaudhary; Piracha, 2021; Carmo, 2020; WHO, 2005).

Compreender a logística envolvida na resposta a emergências em saúde pública é essencial para dimensionar a complexidade do processo e a importância da articulação entre os diversos níveis governamentais – municipal, estadual e federal. A rapidez na resposta é um fator determinante para o sucesso da operação, pois permite a implementação imediata de medidas de controle e tratamento, reduzindo tanto a mortalidade quanto a morbidade associadas ao evento. A mobilização rápida de equipes de resposta, recursos médicos e suprimentos essenciais pode salvar vidas e impedir o

agravamento das condições de saúde da população afetada (Chaudhary; Piracha, 2021; Misra; Roberts; Rhodes, 2020; WHO, 2005).

Além da logística e da disponibilidade de recursos, uma resposta eficaz também depende de uma comunicação clara e eficaz, tanto com o público quanto com os profissionais de saúde. A disseminação de informações precisas e oportunas auxilia na redução do pânico, orienta a população sobre medidas de autoproteção e reforça a adesão às diretrizes sanitárias. A falta de uma comunicação eficaz, por sua vez, pode resultar em desinformação, dificultando a tomada de decisões e contribuindo para comportamentos prejudiciais, exacerbando os impactos da crise (Chaudhary; Piracha, 2021; Misra; Roberts; Rhodes, 2020; WHO, 2005).

A resiliência comunitária e a capacidade de recuperação pós-desastre estão intimamente relacionadas à qualidade da resposta inicial. Um planejamento bem estruturado e a execução eficiente das medidas emergenciais não apenas atendem às necessidades imediatas da população afetada, mas também estabelecem as bases para a reconstrução sustentável dos sistemas de saúde e para a preparação diante de futuros eventos adversos. Dessa forma, a resposta rápida e coordenada desempenha um papel fundamental na retomada dos

serviços de saúde, possibilitando a reintegração dos sistemas afetados à normalidade e promovendo maior segurança para as populações expostas (Chaudhary; Piracha, 2021; Misra; Roberts; Rhodes, 2020; WHO, 2005).

O papel dos entes federativos no enfrentamento aos desastres

A responsabilização conjunta dos papéis entre as três esferas de governo é crucial na gestão de desastres e emergências em saúde pública. Cada nível governamental possui responsabilidades distintas, mas complementares, e quando devidamente coordenadas, garantem uma resposta eficaz e eficiente. O município, sendo a primeira linha de defesa, é responsável pela implementação imediata de ações direcionadas à proteção da população local, como evacuação, fornecimento de primeiros socorros e gestão de abrigos temporários. Sua capacidade de resposta rápida é essencial para mitigar os impactos iniciais do desastre. Nesse contexto, a administração municipal coordena as atividades locais, articulando equipes de emergência, serviços de saúde e organizações comunitárias, conforme o nível de gravidade da situação (Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; CNM, 2016).

Além dessas responsabilidades, cabe ao município a manutenção e o reparo da infraestrutura crítica, como sistemas de água e saneamento, bem como a continuidade dos serviços públicos essenciais, fundamentais para a recuperação da comunidade (Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; CNM, 2016). O governo estadual, por sua vez, atua como intermediário entre os municípios e o governo federal, coordenando a resposta regional e fornecendo suporte adicional às cidades afetadas, mobilizando recursos estaduais para as áreas em situação crítica. As Secretarias Estaduais de Saúde e Defesa Civil desempenham um papel ativo na articulação dos esforços locais, oferecendo assistência técnica e operacional (Sari; Ozer, 2024; Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; Brasil, 2017).

Ademais, cabe ao governo estadual a gestão e distribuição de recursos, como equipes especializadas, equipamentos e insumos médicos, além de organizar a logística para garantir a alocação eficiente desses recursos. Também é responsabilidade dessa esfera desenvolver planos de contingência, promover capacitações e realizar treinamentos e simulações, visando fortalecer a preparação e a capacidade de resposta dos municípios frente a eventos adversos (Sari; Ozer, 2024; Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; Brasil, 2017b).

No que diz respeito à coordenação nacional, o governo federal desempenha um papel estratégico na formulação de políticas e diretrizes para a gestão de desastres e emergências, assegurando uma abordagem integrada entre os entes federativos. Em cenários de grande magnitude, o governo federal mobiliza recursos substanciais, incluindo tropas federais, equipes especializadas de resposta e aporte financeiro expressivo (Sari; Ozer, 2024; Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; Brasil, 2017b). Além disso, atua na articulação com organizações internacionais e entidades não governamentais, fortalecendo o suporte às instâncias estadual e municipal. Suas atribuições incluem a realização de avaliações nacionais dos impactos dos desastres, o desenvolvimento de estratégias para recuperação e reconstrução, e a destinação de recursos financeiros para restaurar a infraestrutura e fomentar a recuperação socioeconômica das áreas afetadas. Assim, a coordenação harmônica entre as três esferas de governo é essencial para garantir uma resposta eficaz frente a desastres e emergências em saúde pública (Sari; Ozer, 2024; Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; Brasil, 2017b).

A atuação do governo federal também envolve a definição de normas e regulamentos que orien-

tam a preparação e a resposta a desastres, garantindo a harmonização das ações entre os diferentes níveis de governo e as políticas estabelecidas. Essa coordenação é crucial para assegurar uma resposta integrada e eficiente, reduzindo os impactos sobre a saúde pública e facilitando os processos de recuperação e reconstrução das comunidades afetadas (Cuthbertson; Penney, 2023; Farcas *et al.*, 2021; Brasil, 2017b).

Desastres com impacto em saúde pública geram repercussões profundas na gestão municipal e estadual, comprometendo a capacidade de resposta e a governança. No nível municipal, a intensa demanda por serviços públicos, como saúde e infraestrutura, pode levar à sobrecarga e à ineficiência, agravadas pela dificuldade de coordenação local e articulação entre as diversas entidades. Além disso, os custos financeiros para reparar a infraestrutura e prestar assistência, somados a fragilidades na liderança local, representam desafios significativos. No nível estadual, a eficácia na coordenação e no suporte aos municípios é decisiva, mas pode ser desafiada em desastres de grande magnitude, evidenciando as limitações dos planos de emergência e a disponibilidade de recursos. A implementação de políticas de resposta e a recuperação a longo prazo dependem da capacidade do governo estadual de adaptar e executar estratégias

eficazes (Farcas *et al.*, 2021; Brasil, 2017b; CNM, 2016).

A gestão eficaz de desastres e emergências em saúde pública exige uma abordagem integrada e colaborativa entre os diferentes níveis de governo e os diversos atores envolvidos. A complexidade de coordenar respostas ágeis e adequadas, especialmente em cenários de grande magnitude, sublinha a necessidade de um planejamento meticuloso, da mobilização eficiente de recursos e de uma comunicação clara e estratégica (Cuthbertson; Penney, 2023; Hossny *et al.*, 2022; Brasil, 2017b; CNM, 2016).

Neste capítulo, abordaremos como a articulação entre as esferas municipal, estadual e federal, com o suporte de organizações internacionais e ONGs, pode aprimorar a resposta a crises e fortalecer a resiliência das comunidades afetadas. A compreensão clara dos papéis e responsabilidades de cada instância governamental, bem como a adoção de boas práticas de gestão, é fundamental para enfrentar de maneira mais eficaz os desafios impostos pelos desastres e emergências em saúde pública (Cuthbertson; Penney, 2023; Hossny *et al.*, 2022; Brasil, 2017b; CNM, 2016).

Ademais, a definição criteriosa do momento e da forma de intervenção do governo federal é crucial para garantir uma resposta coordenada e eficiente. Essa

atuação deve considerar múltiplos fatores, como a magnitude do desastre, a capacidade estadual e municipal de resposta, e a necessidade de suporte adicional em termos de coordenação e recursos (Cuthbertson; Penney, 2023; Hossny *et al.*, 2022; Brasil, 2017b; CNM, 2016).

O governo federal deve intervir em desastres cuja magnitude e gravidade ultrapassem a capacidade de resposta dos níveis municipal e estadual, exigindo uma coordenação centralizada e o aporte de recursos substanciais (Brasil, 2017b; CNM, 2016). Exemplos históricos demonstram a importância dessa intervenção em eventos de grande escala. Durante o furacão Katrina, em 2005, a devastação em Nova Orleans e outros estados dos EUA tornou a resposta federal indispensável, viabilizando assistência imediata e o fornecimento de recursos adicionais. Da mesma forma, o terremoto no Haiti em 2010, com a magnitude da destruição, superou a capacidade de resposta local e nacional, gerando uma ampla intervenção internacional para viabilizar o socorro e a reconstrução (Freitas *et al.*, 2012).

Eventos de alta gravidade, que ameaçam a capacidade de resposta regional, geralmente envolvem fatores como: (a) danos severos à infraestrutura; (b) escassez crítica de pessoal e equipamentos; ou (c) comprometimento da capacidade local de gerenciamento da

crise. As enchentes recentes no Rio Grande do Sul, em 2023 e 2024, exemplificam essa situação, pois a estrutura municipal e estadual foi severamente afetada, tornando necessária a intervenção federal para disponibilizar recursos adicionais, coordenar operações de resgate e restaurar a infraestrutura essencial. A insuficiência de pessoal e a limitação de recursos nos níveis local e estadual exigiram uma resposta federal robusta, garantindo o suporte necessário para a recuperação e estabilização da região atingida (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

A coordenação federal desempenha um papel crucial na gestão de grandes desastres, garantindo uma resposta eficiente e integrada entre os diferentes níveis de governo e demais atores envolvidos. Para enfrentar crises de grande magnitude, são adotadas estratégias como a implementação de Centros de Operações em Emergências (COE), a cooperação com organizações internacionais e a formulação de planos de resposta e recuperação. A mobilização e descentralização de recursos, o fortalecimento da comunicação interinstitucional e a realização de treinamentos e exercícios conjuntos são medidas fundamentais para aprimorar a preparação e a capacidade de resposta (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

Considerações necessárias para a gestão de desastres

É imprescindível combater o negacionismo científico, especialmente no contexto de desastres e emergências em saúde pública, onde a desinformação pode agravar ainda mais as consequências de tais eventos. O negacionismo, entendido como a ideia de que fatos e dados científicos são menos relevantes para a opinião pública do que apelos emocionais e crenças pessoais, pode distorcer a realidade e prejudicar a implementação de políticas eficazes de gestão de crises (Lewandowsky; Cook, 2020). Esse fenômeno se manifesta de diversas formas, incluindo discursos de lideranças, leis, medidas administrativas e proposições morais ou filosóficas, muitas vezes distorcidas para sustentar uma visão de mundo que ignora a ciência. No campo do negacionismo climático, essa distorção pode levar à crença de que o aquecimento global é uma conspiração global, desconsiderando as evidências científicas e os impactos visíveis dos desastres naturais, como secas, enchentes e desastres ambientais (Lewandowsky; Cook, 2020).

No estado do Rio Grande do Sul, essa realidade é evidenciada pelo crescente número de eventos catastróficos, exacerbados por um desenvolvimento territorial e tecnológico que negligencia a preservação ambiental.

Esse panorama agrava ainda mais a vulnerabilidade das comunidades locais, cujas condições socioeconômicas, ambientais e políticas são determinantes na magnitude dos desastres. De fato, um desastre natural não é apenas um evento físico, mas também um fenômeno socialmente construído, resultado da interação entre fatores como desigualdade, falta de acesso a serviços essenciais e gestão inadequada dos riscos (Mattedi; Butzke, 2001). Portanto, a vulnerabilidade das populações em áreas de risco não pode ser vista apenas como um dado natural, mas sim como uma consequência de políticas públicas e escolhas sociais que precisam ser urgentemente reavaliadas e modificadas (Mattedi; Butzke, 2001).

A mitigação dos riscos de desastres exige, assim, uma abordagem integrada que combine medidas estruturais com políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais e à democratização do acesso a serviços essenciais como saúde, educação e saneamento. Embora o setor de saúde não seja o único responsável por todas essas áreas, ele desempenha um papel central na resposta aos desastres, cuidando das consequências imediatas e no acompanhamento a longo prazo das populações afetadas. Assim, além de oferecer suporte à assistência médica de urgência, a saúde deve colaborar com outros setores na construção de soluções mais am-

plas para a recuperação social e econômica (Sulaiman; Jacobi, 2018; Brasil, 2017a; Brasil, 2011c; Brasil, 2011d).

Uma gestão eficaz de riscos deve considerar todas as dimensões da vulnerabilidade, como as condições socioeconômicas, a infraestrutura precária e o acesso limitado a recursos essenciais. A saúde, como parte desse sistema, precisa atuar de maneira integrada, não apenas tratando as consequências dos desastres, mas também trabalhando ativamente na preparação e no fortalecimento das capacidades locais para lidar com eventos de grande magnitude. A avaliação contínua das capacidades de resposta e a análise da exposição desigual a riscos são fundamentais para garantir que as comunidades mais vulneráveis recebam a atenção e os recursos necessários (Sulaiman; Jacobi, 2018; Brasil, 2017a; Brasil, 2011c; Brasil, 2011d).

Contudo, a magnitude de um desastre frequentemente revela falhas nos sistemas de gestão, especialmente nos níveis municipal e estadual. A sobrecarga desses gestores é evidente em momentos de crise, onde fatores como infraestrutura comprometida, escassez de recursos humanos e pressão populacional se combinam, paralisando a capacidade de tomada de decisões e dificultando uma resposta eficiente (Santos; Serafim, 2020). Durante as enchentes no Rio Grande do Sul em

2024, por exemplo, muitos hospitais e sistemas de saneamento foram severamente danificados, resultando em um desafio logístico e operacional imenso para os gestores locais. A escassez de profissionais capacitados, aliada à falta de uma comunicação eficaz, agravou ainda mais a situação, tornando a coordenação das ações de resposta ainda mais difícil (Suarez; Bello; Campbell, 2024).

Esses problemas de gestão e resposta, quando somados à incapacidade de restaurar rapidamente a infraestrutura e ao impacto emocional dos gestores, podem gerar uma sensação de impotência que compromete a capacidade de ação. A falta de um sistema eficiente de comunicação interinstitucional, que poderia facilitar o compartilhamento de informações vitais, contribui ainda mais para a ineficácia da resposta. Isso demonstra como a interação de diversos fatores — falhas na infraestrutura, escassez de recursos humanos e deficiências na coordenação — pode levar a uma resposta descoordenada, prolongando os impactos negativos sobre as comunidades afetadas (Sulaiman; Jacobi, 2018; Brasil, 2017a; Brasil, 2011c; Brasil, 2011d).

Assim, é fundamental compreender essas dificuldades para melhorar a preparação e a capacidade de resposta em crises futuras. O desenvolvimento de pla-

nos detalhados de resposta e recuperação, que envolvem todos os níveis de governo e consideram os contextos locais, é essencial para garantir uma ação coordenada e eficiente. A integração de estratégias e a definição clara das responsabilidades são elementos-chave para uma resposta eficaz, especialmente em cenários de grande magnitude, onde as falhas podem ser críticas (Sulaiman; Jacobi, 2018; Brasil, 2017a; Brasil, 2011c; Brasil, 2011d).

Referências

BRASIL. Decreto nº 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, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 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). Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.952%2C%20DE%2014,Sa%C3%BAde%20\(FN%2DSUS\)](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.952%2C%20DE%2014,Sa%C3%BAde%20(FN%2DSUS)). Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância

em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. **Guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_preparacao_resposta_desastre_inundacoes_gestao_municipal_SUS.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Departamento de Articulação e Gestão. **GIRD+10: caderno técnico de gestão integrada de riscos e desastres.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Regional, 2011d. Disponível em: https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/protecao-e-defesa-civil/Caderno_GIRD10_.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_preparacao_respostas_emergencia_saude_publica_inundacao.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Departamento de Minimização de Desastres. **Módulo de Formação - Resposta: gestão de desastres, decretação e reconhecimento federal e gestão de recursos federais em proteção em defesa civil para resposta (apostila do instrutor).** Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2017b. Disponível em: <https://defesacivil.es.gov.br/Media/DefesaCivil/Material%20>

Did%C3%A1tico/M%C3%B3dulos%20SEDE-C/M%C3%B3dulo%20III%20-%20RESPOSTA%20-%20Livro_Base.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

CARMO, E. H. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 9-19, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5tFSrhXfV6fF-q4N3JNbBypN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CHAUDHARY, M. T.; PIRACHA, A. Natural disasters: origins, impacts, management. **Encyclopedia**, [s. l.] v.1, n. 4, p. 1101-1131, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2673-8392/1/4/84>. Acesso em: 10 set. 2024.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Defesa civil e prevenção de desastres: como seu município pode estar preparado**. Coletânea Gestão Pública Municipal: Gestão 2017-2020. Brasília: CNM, 2016. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/Defesa_Civil_e_Prevencao_de_Desastres.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

CUTHBERTSON, J.; PENNEY, G. Ethical decision making in disaster and emergency management: a systematic review of the literature. **Prehospital and Disaster Medicine**, New York, v. 38, n. 5, p. 622-627, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22Prehosp+Disaster+Med%22%5BTitle+Abbreviation%5D>. Acesso em: 10 set. 2024.

DONATTI, C. I. *et al.* Global hotspots of climate-related disasters. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, [s. l.], v. 108, p. 1-18, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/arti>

cle/pii/S2212420924002504. Acesso em: 10 set. 2024.
FAPEU. Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão
Universitária. **Resiliência e risco de desastres: um**
guia para atuação municipal. Florianópolis: FAPEU,
2020. Disponível em: https://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2022/04/Guia_VF.pdf. Acesso em:
10 fev. 2025.

FARCAS, A. *et al.* Use of incident command system
for disaster preparedness: a model for an emergency
department COVID-19 response. **Disaster Medicine**
and Public Health Preparedness, New York, n. 3,
p. e31-e36, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576330/>. Acesso em: 10 set. 2024.

FREITAS, C. M. *et al.* Vulnerabilidade socioambiental,
redução de riscos de desastres e construção da resiliên-
cia - lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes
na Região Serrana, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**,
Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1577-1586, 2012. Dispo-
nível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3YPnvszH-vbSWHmJWLbPDWMM/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 10 dev. 2025.

HOSSNY, E. K. *et al.* Management of the COVID-19
pandemic: challenges, practices, and organizational
support. **BMC Nursing**, London, v. 21, n. 1, p. 1-13,
2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9306231/pdf/12912_2022_Article_972.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

LEWANDOWSKY, S.; COOK, J. **The conspiracy theory handbook**. 1. ed. George Mason University - Center for Climate Change Communication, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.climatechangecommunication.org/all/the-conspiracy-theory-handbook/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

MATTEDI, M. A.; BUTZKE, I. C. A relação entre o social e o natural nas abordagens de hazards e de desastres. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, [s. n.] n. 9, p. 1-22, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/x66QG3tgHBsqYjPvNtTpTQm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2025.

MISRA, S.; ROBERTS, P.; RHODES, M. Information overload, stress, and emergency managerial thinking. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, [s. l.], v. 51, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212420920312644>. Acesso em: 10 set. 2024.

NASHWAN, A. J. *et al.* Impact of natural disasters on health disparities in low- to middle-income countries. **Discover Health Systems**, [s. l.], v. 2, n. 23, p. 1-7, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44250-023-00038-6>. Acesso em: 10 set. 2024.

SANTOS, L. S.; SERAFIM, M. C. Quando o desastre bate à porta: reflexões sobre a ética da gestão pública de riscos e de desastres. **Administração Pública e Gestão Social**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/6011>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SARI, B.; OZER, Y. E. Coordination analysis in disaster management: a qualitative approach in Türkiye. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, [s. l.], v. 100, n. 1, p. 104168, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212420923006489>. Acesso em: 10 set. 2024.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SILVA, L. B.; MA-

CHADO, T. O. (Orgs.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icit/51905#collapseExample>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SUAREZ, G.; BELLO, O.; CAMPBELL, J. (Org.). **Avaliação dos efeitos e impactos das inundações no Rio Grande do Sul**. [s. l.]: [s. n.], 2024. Disponível em: <https://publications.iadb.org/pt/avaliacao-dos-e-feitos-e-impactos-das-inundacoes-no-rio-grande-do-sul>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SULAIMAN, S. N.; JACOBI, P. R. (Org.). **Melhor Prevenir: olhares e saberes para a redução de risco de desastre**. São Paulo: IEE-USP, 2018. Disponível em: https://www.iee.usp.br/sites/default/files/ane-xospublicacao/publicacao-MelhorPrevenir_ebook2.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

UNITED NATIONS OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS (UNOCHA). Brazil: floods in Rio Grande do Sul. **Report**, [s. l.], n. 4, p. 1-8, 2024. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/brazil/brazil-floods-rio-grande-do-sul-united-nations-situation-report-25-june-2024>. Acesso em: 10 set. 2024.

VIANA, N. Capitalismo e destruição ambiental. **Ate-liê Geográfico**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 179-192, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ateli/article/view/44854/22287>. Acesso em: 10 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Health Regulations**. 3. ed. Genebra: WHO, 2005. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 fev. 2025.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE ABRIGADOS/ AS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: USO DE INSTRUMENTO PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO

Aline Marques Acosta

Carlise Rigon Dalla Nora

Letícia Becker Vieira

Marcio Wagner camatta

Sônia Beatriz Cócaro de Souza

Fernanda Carlise Mattioni

Introdução

A transição do cuidado é uma importante estratégia para assegurar a continuidade e a qualidade do cuidado quando os usuários são transferidos de um ambiente de atendimento de saúde para outro (Coleman; Bout, 2003). Em situações de transferência de ambientes de atenção domiciliar para o hospital, na alta hospitalar para o domicílio, em consultas com diferentes prestadores de cuidados em instalações ambulatoriais, entre outros. É, portanto, parte integrante da jornada de um paciente em todo o sistema de saúde (FIOCRUZ, 2023).

Independentemente do tipo de transição do cuidado em curso, falhas nesse processo podem ter consequências para o usuário, sua família e para o sistema de saúde. Alguns dos problemas relatados na literatura

tura incluem: falta de acompanhamento; comunicação inoportuna ou insuficiente entre paciente, cuidadores e profissionais de saúde sobre o plano de cuidado; aumento da morbidade e mortalidade; ocorrência de eventos adversos; atrasos no tratamento; necessidade de exames e consultas adicionais; readmissões hospitalares preveníveis; dor física e emocional; insatisfação com o cuidado (Zwart *et al.*, 2021; Aase; Waring, 2020). Assim, uma transição do cuidado efetiva previne complicações e possibilita uma assistência contínua, segura e individualizada, melhorando os desfechos em saúde (FIOCRUZ, 2023).

Em situações de desastres e catástrofes, embora não seja prioridade nas fases iniciais de manejo e resposta, a transição do cuidado é aspecto importante na fase de recuperação, uma vez que busca restabelecer, a curto e médio prazo, o cuidado após a emergência em saúde, aos indivíduos afetados. Estratégias de reabilitação e recuperação da saúde, associadas à reconstrução das condições de vida e saúde, são necessárias no período pós-desastre (Freitas *et al.*, 2021; Freitas *et al.*, 2023), de forma que ações de transição do cuidado podem contribuir para garantir a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, minimizando ou prevenindo danos à saúde.

Na catástrofe relacionada à maior tragédia climática da história do Rio Grande do Sul ocorrida em maio de 2024, os abrigos provisórios se constituíram em espaços de acolhimento e de assistência à saúde aos afetados pelas enchentes. Em Porto Alegre, profissionais da saúde voluntários ou vinculados a universidades prestaram atendimento aos abrigados, desenvolvendo ações de proteção à saúde e prevenção de agravos dentre essas ações a implementação da transição do cuidado para que as pessoas tivessem seus cuidados continuados após sua estadia no local.

Nos últimos anos, muitos dos esforços realizados em estudos para melhorar a qualidade e a segurança das transições do cuidado foram direcionados para a implementação de ferramentas de comunicação, como a padronização da documentação de transferências de informações (Aase; Waring, 2020; FIOCRUZ, 2023). O uso de formulários estruturados de transferência contribui para que todas as informações relevantes sobre as pessoas atendidas sejam transmitidas de forma clara e completa entre os profissionais que realizaram os cuidados e os serviços da rede de atenção à saúde que irão continuar a assistência em saúde (Oliveira *et al.*, 2022).

Esse capítulo tem como objetivo relatar a ex-

perícia da construção e utilização de um instrumento de transição do cuidado para abrigados da catástrofe climática de maio de 2024 no Rio Grande do Sul.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de docentes da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva (EENFSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sobre a construção e utilização de um instrumento estruturado de transição do cuidado para pessoas abrigadas afetadas pelas enchentes em Porto Alegre e Região Metropolitana.

O estudo está vinculado à ação de extensão intitulada “Atuação dos cursos de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS na catástrofe climática do RS”. A EENFSC/UFRGS teve participação ativa no enfrentamento do impacto causado pelas enchentes de maio de 2024 em Porto Alegre. Devido à mobilização social diante dessa calamidade, muitos docentes e discentes da Escola participaram ativamente da organização e implementação de ações de cuidados humanitários em diversos abrigos espalhados pela capital.

Entre esses abrigos, o Clube Grêmio Náutico União (GNU) iniciou suas atividades no dia 04 de maio de 2024 (em um sábado), sendo o primeiro clube a acolher em suas dependências pessoas desabrigadas das enchentes que atingiram os moradores da capital gaúcha e região metropolitana. O seu funcionamento contou com o apoio de centenas de voluntários, sendo estes: profissionais da saúde, atletas do clube, associados, entre outros. Esses voluntários se envolveram nas atividades de distribuição de donativos, manutenção do abrigo, recreação, cuidados aos animais e às pessoas abrigadas. Quanto aos cuidados em saúde destaca-se o envolvimento de docentes e discentes dos cursos da UFRGS, como Enfermagem, Medicina, Saúde Coletiva, Psicologia, Serviço Social, Medicina Veterinária, Odontologia e Farmácia; e de Programas de Residência da área médica e Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), além de outros profissionais autônomos da área de saúde.

Para as ações de atenção à saúde aos 260 abrigados que se encontravam nesse abrigo, houve um alinhamento entre docentes da UFRGS, lideranças do HCPA e Secretaria Municipal da Saúde. Desde o início, os docentes da universidade assumiram a coordenação dos cuidados em saúde e o gerenciamento das escalas

dos voluntários para assistir e prestar cuidados à saúde das pessoas ali abrigadas. Dessa forma, prontamente a EENFSC, por meio de docentes, discentes e enfermeiras voluntárias, organizaram seu processo de trabalho neste cenário atuando em articulação com a equipe multiprofissional.

A organização do processo de trabalho da equipe multiprofissional em saúde ocorreu a partir de discussões em reuniões semanais, que aconteciam durante todo o período de funcionamento do abrigo. Considerando a necessidade de estabelecer um modelo funcional e ao mesmo tempo racional de atenção, optou-se por organizar o processo de trabalho da equipe de modo semelhante ao trabalho das equipes de Atenção Primária em Saúde, inclusive, buscando manter a comunicação com outros pontos da rede de atenção à saúde (emergências, apoio laboratorial, Unidades Básicas de Saúde, salas de vacinas de referência, entre outros).

Várias ações de saúde foram desenvolvidas no local, tais como: acolhimento às famílias, diagnóstico situacional, cadastramento dos abrigados, rastreamento de condições de saúde física e emocionais, identificação das pessoas com condições crônicas (transmissíveis e não transmissíveis), avaliação de pacientes em risco, encaminhamento de situações de urgência/emergência

com remoção segura para serviços de saúde. Também, foram realizadas ações de prevenção de agravos para dengue, leptospirose, escabiose, pediculose, tuberculose, influenza e Covid-19 por meio de profilaxia, imunização e exames diagnóstico (teste rápido, laboratoriais e encaminhamentos para mamografias), assim como o tratamento de lesões de pele, aferição de sinais vitais, aplicação de medicamentos e orientações de cuidados com a saúde física e mental. Destaca-se ainda a realização de promoção da saúde, por meio de atividades educativas, tanto individuais, quanto em grupo.

Próximo ao período de desmobilização do abrigo, o qual funcionou por 34 dias, preocupados em assegurar o registro de ações e condutas realizadas pelos profissionais de saúde com os abrigados, um grupo de docentes de Enfermagem elaborou um instrumento transição do cuidado para garantir que essas informações fossem entregues aos abrigados na ocasião de seu retorno para casa, para seguir em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

Construindo a transição do cuidado

A construção da transição do cuidado foi organizada em três etapas: a) Construção do instrumento (busca de evidências científicas e modelos na literatura);

b) Validação (consulta colaborativa mediadas por tecnologias digitais); c) Implementação (aplicação e orientação).

Na etapa da **construção do instrumento**, as autoras se basearam em evidências da literatura sobre o tema, bem como na experiência sobre as necessidades dos abrigados. Foi seguido o modelo de outros instrumentos de transição do cuidado e também o método SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação) (Muller *et al.*, 2018) utilizado com sucesso em processos de informação com resultados favoráveis ao cuidado em saúde e à segurança do paciente, através da padronização e melhoria dos processos de comunicação e informação em saúde entre equipes de saúde de diferentes serviços e níveis de atenção.

A etapa da **validação** foi realizada pelas autoras de forma independente, tendo por objetivo identificar itens que poderiam ser adaptados, deixando o texto objetivo e sucinto, com descrição adequada à realidade sócio-cultural, tornando-os mais compreensíveis. Destaca-se que em uma situação de emergência climática, os tempos para a organização dos processos foram exíguos, e por esse motivo, a equipe manteve comunicação constante, utilizando-se das tecnologias digitais (google drive e WhatsApp) para elaborar e revisar os

instrumentos de trabalho em tempo hábil. Nesse sentido, os profissionais tiveram acesso ao instrumento na modalidade digital, de maneira simultânea, para fazer as considerações e validar o instrumento em menos de cinco dias.

Na etapa da **implementação** foram realizados o treinamento de estudantes de graduação e profissionais de Enfermagem e também da equipe multiprofissional para testar o instrumento e verificar o tempo médio de preenchimento. Verificou-se que o instrumento foi incorporado facilmente pelos profissionais, sendo a sua aplicação uma oportunidade de promover educação do usuário sobre as informações que constavam no instrumento e a conscientização sobre a importância de guardá-lo e levá-lo até o serviço de saúde de referência da família, principalmente para as pessoas com condições de saúde que, necessariamente, demandavam continuidade.

Ao longo do tempo de manutenção do abrigo, o quantitativo de profissionais voluntários participantes da equipe multiprofissional foi diminuindo gradativamente, de

modo que seria inviável manter a assistência aos abrigados e, ao mesmo tempo, realizar o preenchimento do instrumento de transição do cuidado para todas as pessoas. Diante deste cenário, em reunião de equipe realizada dias antes do encerramento das atividades no abrigo, foram levantadas as famílias com situações complexas ou condições de saúde que obrigatoriamente necessitavam de seguimento imediato (gestantes, crianças pequenas, idosos frágeis, doenças crônicas e psiquiátricas). Estas famílias foram priorizadas para o preenchimento do instrumento, com vistas à manutenção da continuidade do seu cuidado.

A seguir, a figura 1 apresenta o instrumento transição do cuidado construído e implementado pelos docentes da EENFSC no abrigo do clube GNU.

Figura 1 - Instrumento de transição do cuidado utilizado no abrigo. Porto Alegre, 2024.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO ABRIGADOS GNU	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome completo: _____	
CPF: _____	Data de nascimento: ____/____/____
Tempo de permanência no abrigo: _____ dias.	Data de saída abrigo: ____/____/____
SUPORTE SOCIAL	
Depende de cuidador: () Sim () Não. Se sim, quem? _____	() pai/mãe () cônjuge () filho () irmão () sobrinho () cuidador () outro: _____
Cidade onde reside: _____	Bairro: _____
Após a estadia no abrigo o paciente irá: () retornar para sua casa () albergue () casa de familiares/amigos () outro abrigo	Após a estadia no abrigo o paciente residirá: () sozinho () com cônjuge () com filhos () com irmão () Outro local: _____
HISTÓRICO DE SAÚDE	
Doenças prévias _____	
Tratamentos anteriores: () não () sim: _____	
Nível de consciência na alta: () lúcido/alerta () desorientado	
Drenos, sondas, ostomias ou suporte ventilatório: () não () sim: _____	
Dependência para atividades da vida diária (AVDs): () Paciente independente para AVDs () Paciente precisa de supervisão/orientação para AVDs () Paciente totalmente dependente para AVDs	
Na estadia no abrigo o paciente apresentou alguma intercorrência ? () Tétano () Hepatite A () Leptospirose () Acidentes com animais peçonhentos () Mordida de cães () Doenças diarreicas agudas () Dermatites () Pediculose () Escabiose () Conjuntivite () Dengue () Síndrome gripal () Transtorno agudo de ansiedade () Outros: _____	
Exames realizados na estadia no abrigo: () hemogramático () teste rápido Covid-19 e influenza A e B () coleta de escarro () teste de gravidez () odontológico () oftalmológico outros: _____	
Procedimentos realizados na estadia no abrigo: () imunização (influenza) () imunização (anti-tetânica) () profilaxia para leptospirose () tratamento para escabiose () tratamento para pediculose () atendimento Antirrábico () soroterapia () tratamento odontológico () curativo - tipo de lesão/localização: _____ () outro _____	

MEDICAÇÕES	
Na estadia no abrigo o paciente teve necessidade de mudança nas medicações ? () não () sim	
Principais fármacos usados durante a estadia no abrigo: _____	
Medicamentos a ser usados após alta : _____	
Possui prescrição para os próximos dias? () Sim. Válida até: _____ () Não	
RECOMENDAÇÕES	
Riscos e observações:	
() dor: _____	
() queda: _____	
() situação de violência: _____	
() baixa adesão ao tratamento medicamentoso: _____	
() lesão de pele: _____	
() distúrbios nutricionais: _____	
() sofrimento mental agudo ou crônico: _____	
() outros: _____	
Principais orientações realizadas na alta:	
() uso de medicamentos (dose, via, horário, efeitos colaterais)	
() cuidados com curativos	
() cuidados com sondas, drenos, ostomias ou suporte ventilatório	
() cuidados com alimentação e hidratação	
() cuidados de higiene e conforto	
() sinais e sintomas relacionados a infecções	
() higiene e limpeza dos domicílios	
() cuidados específicos necessários: _____	
Necessidade de consulta de seguimento: () Não	
() Sim, dentro de 14 dias após à saída do abrigo () Sim, dentro de 30 dias após à saída do abrigo	
Unidade de referência do paciente: _____	Endereço: _____
Consultas agendadas (data / hora / profissional): _____	
Exames agendados (data / hora / profissional): _____	
Profissional (assinatura e carimbo)	

Fonte: Os autores, 2024.

Coordenando o cuidado frente à catástrofe

O Sistema Único de Saúde tem como princípio estruturante a organização de seus serviços a partir da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Preconiza-se, assim, que os diferentes níveis de atenção, nos quais operam

densidades tecnológicas distintas, sejam acessados de acordo com as necessidades do usuário e mantenham fluxos de comunicação efetivos para possibilitar a integralidade e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2010).

A Atenção Primária à Saúde se constitui como o nível de atenção privilegiado para realizar a coordenação do cuidado no contexto da RAS, pois são serviços que estão inseridos no território de vida dos usuários e tem, entre outros princípios, a integralidade e a longitudinalidade como balizadores do cuidado (Brasil, 2010; Paes, 2021).

A transição de cuidados é uma tecnologia necessária para promover a continuidade do cuidado. Originalmente pensada para estabelecer a transição entre o cuidado hospitalar e o domicílio, envolve várias etapas importantes, como o planejamento da alta que inclui preparar o usuário e a família para a saída do ambiente atual de cuidado, assegurando que eles entendam as instruções de cuidados domiciliares, o uso de medicações e sinais de alerta (Oliveira, 2022).

No contexto da emergência climática que assolou o Rio Grande do Sul, foi realizada uma adaptação da perspectiva da transição do cuidado entre o ambiente hospitalar e o domicílio, considerando que a dinâmica do abrigo não se assemelhava à rotina hospitalar. O foco

para a transição do cuidado, nesse contexto, foi estabelecer uma comunicação eficaz, capaz de fornecer as informações relevantes sobre a(o) abrigada(o), de forma clara e completa, aos profissionais de saúde responsáveis por realizar o seguimento do cuidado de modo longitudinal.

A transição do cuidado também pode abranger realizar visitas pontuais de acompanhamento, telefonemas ou consultas para verificar o progresso do usuário e resolver quaisquer problemas que possam surgir. Além da educação do usuário e da família onde se informa e orienta sobre a condição do usuário, os cuidados necessários e como gerenciar a saúde em casa (Fiocruz, 2023).

As enfermeiras muitas vezes são as profissionais que coordenam os serviços de saúde necessários para o usuário após a alta, como fisioterapia, serviços de assistência domiciliar e acompanhamento médico. Deve-se, na medida do possível, garantir que esses serviços sejam acessíveis e disponíveis no momento oportuno. Ao garantir uma transição suave e bem coordenada, as enfermeiras ajudam a reduzir o risco de complicações e readmissões, promovendo a recuperação e o bem-estar do paciente (Fiocruz, 2023).

A enfermagem desempenha um papel crucial na transição de cuidado dos pacientes, garantindo que a

passagem de um ambiente de cuidado para outro ocorra de maneira segura, eficiente e centrada no usuário. O papel da enfermagem na transição de cuidados é fundamental para assegurar que os pacientes recebam um cuidado contínuo e de alta qualidade, melhorando os resultados de saúde e a satisfação do paciente.

No contexto da transição do cuidado realizada entre o abrigo e os serviços de saúde, reiterou-se, no momento da entrega do instrumento, a importância de que os usuários buscassem os serviços de referência (descritos no instrumento) para que pudessem ter acesso ao acompanhamento de saúde de acordo com as suas necessidades. Os abrigados do cenário em tela, houve um investimento em articular com a Atenção Primária à Saúde, buscando identificar junto com os mesmos, a partir do relato do local de moradia (definitiva ou provisória) a Unidade de Saúde responsável por determinado território, com os serviços especializados para situações de segmento de tratamento (doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e também curativos), sala de vacinas, farmácias distritais e vinculação de gestantes às maternidades. Ainda houve investimento em fornecer informações relevantes para a retomada para o domicílio, como a garantia de Kits e informações sobre a higienização do ambiente

domiciliar, serviços de saúde e de assistência social e educação em saúde específica.

Ainda aponta-se como desafios para operacionalização do uso do instrumento assegurar os insumos (impressão de instrumentos realizadas fora dos abrigos) e a logística do fluxo de aplicação do instrumento (sob a responsabilidade dos docentes e estudantes de enfermagem vinculados à EENFSC da UFRGS) para garantir que todos os abrigados tivessem essa informação. Também compreendeu a guarda dos instrumentos, e treinamentos dos estudantes, e o envolvimento de outros estudantes e profissionais da equipe médica nesse preenchimento.

Destaca-se algumas limitações observadas no processo implementado no abrigo: o primeiro consiste em entregar apenas para o próprio abrigado o documento de transição do cuidado. Embora tenha se preconizado a perspectiva da autonomia dos usuários, delegar toda a responsabilidade de realizar a sua própria transição, sem a possibilidade de estabelecer alguma comunicação direta com os serviços designados para o seguimento, pode significar a descontinuidade do cuidado. No contexto de falta de estrutura para a organização e guarda dos pertences pessoais, existia uma grande possibilidade de perder o documento (no período de retorno para as moradias, muitas pessoas não dispu-

nham de malas, contavam apenas com sacolas plásticas sem um local adequado para guardar os documentos). Sendo assim, nessas situações, o sistema de saúde deveria dispor de fluxos de comunicação direta com os serviços correspondentes, especialmente da APS, por meio de sistemas informatizados de comunicação.

A segunda limitação consistiu em identificar qual a sua unidade de saúde de referência, tendo em vista que muitas unidades de saúde também foram inundadas, algumas foram realocadas mas outras simplesmente deixaram de existir. Ficava a cargo dos enfermeiros conhecer as unidades de saúde disponíveis no município para direcionar os abrigados para os mais próximos de suas casas.

Ainda, não se previu acompanhar como o instrumento foi recebido pelos profissionais da saúde e se de fato os abrigados fizeram essa apresentação ao acessar os serviços de atenção à saúde. O mesmo não foi aplicado a todos os abrigados do GNU pois a desmobilização do abrigo deu-se de forma dinâmica ao longo dos turnos e por vezes a saída se dava de forma súbita. Priorizou-se os abrigados com demandas mais complexas de saúde e que exigiam articulação com pontos da rede especializada e hospitalar.

Considerações Finais

Em situações de catástrofes, a transição do cuidado é crucial para garantir que as vítimas recebam a assistência necessária de maneira eficiente e coordenada mesmo após um desastre. Apesar das dificuldades de implementação do instrumento desenvolvido, observou-se que ele permitiu estruturar o processo de transição de cuidado, buscando uma melhor articulação com outros profissionais e serviços de saúde, por meio da padronização e melhoria dos processos de comunicação e informação em saúde.

O enfermeiro teve um papel importante na educação em saúde dos abrigados e suas famílias, sobretudo, acerca dos cuidados necessários durante todo o período que ficaram no abrigo, contribuindo para sua recuperação, prevenção de complicações e promoção da saúde. Da mesma forma, ao utilizar o instrumento transição do cuidado, o enfermeiro buscou garantir que as informações relevantes sobre o abrigado fossem transferidas de forma precisa e completa entre diferentes serviços e profissionais de saúde.

Observa-se que os enfermeiros têm um papel fundamental para garantir uma transição suave e eficaz dos cuidados em todos os níveis, desde a emergência

imediatamente até a recuperação a longo prazo. A sua capacidade de avaliar, comunicar, coordenar e implementar cuidados faz deles um componente estratégico na resposta a catástrofes e na manutenção da saúde pública.

Diante do cenário dessa calamidade que assolou o Estado do Rio Grande do Sul vale ressaltar que a solidariedade, empatia, compromisso social e ético foram imperativos nas relações que se estabeleceram no abrigo. Apesar das adversidades, o trabalho desenvolvido permitiu mostrar a potência das ações humanitárias, quando realizadas coletivamente, além de evidenciar a relevância social e o protagonismo da Enfermagem na realização de um cuidado em saúde digno às pessoas abrigadas.

Referências

AASE, K.; WARING, J. Crossing boundaries: establishing a framework for researching quality and safety in care transitions. **Applied Ergonomics**, London, v. 89, p. 103228, 2020. DOI: 10.1016/j.apergo.2020.103228. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32763449/>. Acesso em: 10 de outubro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.270, de 30 de dezembro de 2010**. Institui as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 de outubro de 2024.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. E. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, V. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. DOI: 10.1046/j.1532- 5415.2003.51186.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657079/>. Acesso em: 14 de outubro de 2024.

FIOCRUZ. Proqualis. **Transições do cuidado**: série técnica sobre atenção primária mais segura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Transi%C3%A7%C3%B5es%20do%20Cuidado_S%C3%A9rie%20T%C3%A9cnica%20sobre%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20mais%20Segura.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

FREITAS, C. M. de *et al.* **Guia - preparação para resposta à emergência em saúde pública por inundações graduais**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/77f24366813d7fd4b757a3aaea7790a7.PDF>. Acesso em: 14 de outubro de 2024.

FREITAS, C. M. de *et al.* **Orientações para gestão de risco de desastres e emergências em saúde pública**: abordagem integrada atenção primária e vigilância em saúde. Rio de Janeiro: MS, Fiocruz, ENSP, CEPEDES, 2023.

MÜLLER, M. *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, London, v. 8, n. 8, p. e022202, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202.

Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>. Acesso em: 14 de outubro de 2024.

OLIVEIRA, A. B. *et al.*. Estratégias de transição do cuidado: desafios e perspectivas da equipe de enfermagem para uma comunicação efetiva com foco na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Development**. v. 8, n. 8, p. 58676-58695, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n8-248>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/51393>. Acesso em: 14 de outubro de 2024.

PAES, L. G. *et al.*. Gestão do cuidado na atenção primária à saúde: uma teoria fundamentada nos dados construtivistas. **Texto&Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 30, p. e20200578, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0578>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NvJBhJz7L-SwB5yQDFkBCHZJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 de outubro de 2024.

ZWART, D. L. M. *et al.* How do care transitions work? unraveling the working mechanisms of care transition interventions. **Medical Care**, Philadelphia, v. 59, p. S387-397, 2021. Suppl. 4. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001581>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8263132/>. Acesso em: 10 de outubro de 2024.

O IMPACTO DE UM DESASTRE NATURAL NA ROTINA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUL DA BAHIA

Tercília Maria Sousa Soares
Aline Daud Lima Querino
Juliana Brandão Souza
Rusiner dos Anjos Rehm Ferreira

Introdução

Os eventos naturais podem ocorrer em qualquer local e época, sendo fenômenos espontâneos e imprevisíveis, os quais podem estar associados às mudanças climáticas que alteram o ambiente ao seu redor, afetam pessoas e suas respectivas atividades, causam estragos e danos financeiros, físicos, econômicos, sociais e psicológicos que impactam de diferentes formas e intensidades quem está envolvido (Tominaga; Santoro; Amaral, 2009).

Em 2023, o Brasil teve aproximadamente 716 desastres naturais hidrológicos, sendo um ano com muitas alterações climáticas que resultaram em grandes volumes de chuva (Brasil, 2024). De acordo com o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN) houve elevação dos fenômenos hidrológicos de forma gradativa a partir do

ano de 2020. Tais fenômenos podem ser influenciados pela ação do homem, como construções no leito do rio e acúmulo do lixo, reduzindo assim o escoamento das águas (Tominaga; Santoro; Amaral, 2009).

No Brasil, são comuns períodos chuvosos que elevam o nível de água dos rios, podendo causar cheias e inundações, que devastam o espaço ao seu redor, modificando, assim, a dinâmica do território. Uma vez que a enchente transforma o espaço, os serviços de saúde em seu entorno também possuem seu campo de atuação influenciado pelos fenômenos da natureza como enchentes, terremotos e furacões. Diante do contexto acima, os trabalhadores de saúde tornam-se fundamentais no acompanhamento e intervenção em relação às famílias afetadas por desastres naturais, adequando as suas ações e cuidados.

Entre os fenômenos naturais de destaque na Bahia nos últimos cinco anos, ressaltamos que ao final de dezembro de 2021, o município de Itabuna, no sul da Bahia foi assolado por uma enchente na qual o rio Cachoeira, que corta todo o trajeto da cidade, elevou-se 10 metros acima do seu nível habitual, e, embora não tenha causado nenhuma morte, resultou em dados à população ribeirinha e também à área do comércio, o que modificou por um período de aproximadamente

seis meses a dinâmica da cidade e a assistência à saúde neste território.

Imagem 01 - Enchente no Rio Cachoeira, Itabuna, BA, 2021.



Fonte: Assessoria de comunicação da Prefeitura Municipal de Itabuna (2021).

Foram notórios os impactos decorrentes desta enchente no sul da Bahia como econômicos, sociais, físicos, e principalmente psicológicos, tornando-se necessário que os trabalhadores estivessem preparados para uma assistência rápida eficaz que contemplasse não só o desastre natural, mas também o período pós-desastre e suas consequências. Assim, este relato tem como objetivo descrever os cuidados em saúde ofertados por

uma equipe de saúde da família em uma cidade no sul da Bahia após um desastre natural.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, descritivo e observacional baseado na vivência de uma equipe de saúde da família após a ocorrência de uma enchente no seu território de abrangência.

O evento do relato ocorreu na cidade de Itabuna, no sul da Bahia, sendo escolhida por ser importante polo comercial e educacional e por ter sido um dos municípios mais atingidos no Estado em dezembro de 2021. Este relato teve como recorte temporal o período compreendido entre 24 de dezembro de 2021 a 12 de junho de 2022, época em que a equipe multiprofissional de saúde atuou no espaço físico da Paróquia Santa Maria Goreti, fornecendo assistência aos indivíduos da área de abrangência atingida pela enchente.

Os participantes deste estudo são descritos como trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, digitador, odontólogos, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de farmácia e serviços gerais).

Relato de experiência

Em dezembro de 2021 a cidade de Itabuna, no sul da Bahia, foi surpreendida pela elevação do rio Cachoeira em 10m, afetando não só a área ribeirinha, mas todo seu entorno. Além das famílias, casas e comércios afetados, uma área específica da cidade, um bairro próximo ao leito do rio, teve a Unidade de Saúde da Família afetada, perdendo todo o seu equipamento, insumos e as principais informações da anamnese e exame físico dos usuários, pois o histórico de saúde se encontrava em prontuários físicos, de papel.

Imagem 02 - Rua da Unidade de Saúde.



Fonte: Acervo Pessoal (2021).

Imagem 3 - Rua da Unidade de Saúde.



Fonte: Arquivo Pessoal (2021).

Imagem 04 - Espaço dentro da Unidade de Saúde.



Fonte: Acervo Pessoal (2021).

Imagem 05 - Espaço dentro da Unidade de Saúde.



Fonte: Acervo Pessoal (2021)

Imagem 6: Entrada da Unidade de Saúde.



Fonte: Acervo Pessoal (2021).

Por conseguinte, além do estrago físico do território e da unidade de saúde, o impacto na saúde da população foi relevante, visto que os dados clínicos de todos os

usuários foram perdidos e acompanhar o indivíduo em um território devastado e sem histórico de saúde tornava-se um desafio aos trabalhadores.

Quando as águas começaram a baixar, com cerca de dois dias após atingir a cheia, a equipe de saúde foi até o território identificar danos à população e até mesmo aos membros da equipe que residiam no local afetado, como a perda de móveis, roupas, eletrônicos entre outros. A Unidade de Saúde da Família (USF) estava com muita lama, mas além das cadeiras plásticas, apenas o bebedouro elétrico e a balança digital adulto conseguiram se manter funcionando, os demais equipamentos como aparelhos de pressão, oxímetros termômetro infravermelho, otoscópio, mesas de madeira, armários de ferro, geladeira da vacina, vacinas, medicamentos e, principalmente os prontuários imersos na lama que sobrou quando a água baixou.

Na semana seguinte da enchente, quando a limpeza física da unidade foi feita e todo o entulho retirado, sobrou apenas um vazio no espaço, e iniciou-se os primeiros problemas de ordem assistencial. Baseados no modelo de Atenção Primária (APS) onde os trabalhadores do Sistema único de Saúde devem estar preparados para enfrentar desastres naturais (Fernandes *et al.*, 2019) e corroborado pela noção de território,

reconhece-se a necessidade de manter o atendimento e assegurar as pessoas satisfação das demandas e necessidades mais imediatas como vacinas, curativos e pessoas que mais necessitam no momento de cuidados (Brito, 2024). Assim, assistimos as pessoas nos abrigos improvisados nas escolas, passamos a trabalhar com pequenas caixas contendo equipamentos mínimos para atendimento, como estetoscópio, termômetro, tensiômetro digital e abaixador de língua, fornecidos pela equipe da secretaria de saúde municipal para assegurar o mínimo de assistência a esta população.

Os pacientes começaram a comparecer à USF, porém com o espaço físico devastado, a assistência tornou-se limitada a informações, pois não tínhamos no momento equipamentos e insumos que suprissem a necessidade da população. Os usuários estavam em busca de atendimento médico devido sintomas gripais, febre e cefaleia (não conseguíamos distinguir de problemas decorrentes do contato direto com a água ou se eram sintomas de COVID), buscavam assistência de enfermagem para administração de métodos contraceptivos, porém não tínhamos medicações nem insumos como seringas, agulhas, algodão e não tínhamos prontuários para checarmos administração da última medicação.

Iniciamos pedido de apoio às unidades de saúde vizi-

nhas ao território para a dispensação de medicamentos e administração de medicação injetável. A realização de triagem pré-natal e neonatal e de curativo. As vacinas inicialmente a rede de frio municipal iniciou o processo de trazer todos os dias pela manhã e pagar no período da tarde, sendo ofertadas no primeiro mês no espaço físico de uma escola do bairro, posteriormente no salão da igreja.

Deslocamos a equipe odontológica, dividimos a equipe de enfermagem e as recepcionistas para unidades mais próximas, dando suporte aos usuários do território de abrangência. A partir de então, iniciamos a procura de um espaço físico que pudesse garantir a continuidade do cuidado ainda de que forma mínima, a fim de garantir a retomada dos programas.

A cada paciente que buscava assistência abria-se um novo prontuário físico, reiniciando a história de saúde e seu percurso clínico na USF, e armazenávamos dentro de caixas de papelão que funcionavam como arquivo. Além disso, uma outra caixa continha pastas com os impressos a serem usados pelos trabalhadores como registros de vacina, receituários, receituário azul, folhas de produção individuais e coletivas.

Pacientes de saúde mental e com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) perderam na enchen-

te os medicamentos, as prescrições médicas, e nós no serviço de saúde não sabíamos qual tratamento cada usuário realizada, resultando em indivíduos clinicamente descompensados, com picos glicêmicos, pressóricos, e riscos de desenvolver surto psicótico.

No período subsequente, mantivemos a assistência mínima como atendimento dos programas de puericultura e pré-natal - ambos de forma limitada - hiperdia e vacinação no salão paroquial da igreja católica do território. O espaço era utilizado no período da manhã divididos por cadeiras e biombos, separando com pequenas placas de papel: triagem , atendimento médico, enfermeira, vacina e recepção.

Neste período alguns pacientes diabéticos apresentaram lesões nos pés devido o contato com a lama e a água suja, e um paciente sofreu amputação de dedos do pé. Intensificaram-se as ações no território como visitas domiciliares e ações extra muros. Além disso, tivemos que reiniciar o controle dos pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Já sobre os usuários com transtornos mentais, fomos auxiliados pelos registros existentes no centro de atenção psicossocial (CAPS) o qual tinha registros da maioria dos pacientes.

Ademais, a equipe de saúde da USF passou por um período de estresse e ansiedade por não conseguir

desenvolver o cuidado de forma integral, e pelo desconhecimento de protocolos de emergência utilizados em desastre natural, pois foi a primeira vez em muitos anos que o município passava por um desastre natural de tamanha proporção, pela ausência de consultórios que assegurassem privacidade, e por não conseguir realizar todos os procedimentos no mesmo local, fazendo com que o indivíduo percorresse um longo caminho para ter assistência.

Ao longo do período de seis meses muitos pacientes desenvolveram transtornos de ansiedade e sintomas depressivos, além de problemas dermatológicos como lesões de pele causadas por fungos e bactérias.

Mesmo diante de todas as adversidades enfrentadas desde a enchente até a retomada das atividades no espaço físico da unidade de saúde, os trabalhadores atuavam todos os dias a fim de assegurar a continuidade do cuidado,

Ao final do mês de maio, com a conclusão da reforma da USF iniciou-se o processo de mudança do espaço da igreja para o espaço físico da USF. No início de junho as atividades assistenciais passaram a ser desenvolvidas na USF.

Conclusão

Desastres naturais como enchentes podem ocorrer em qualquer lugar e a qualquer momento, entretanto, os estragos decorrentes destes eventos são imensuráveis. Diante do exposto, observa-se que mesmo em vista de um cenário caótico é necessário assegurar aos moradores de áreas afetadas o mínimo de segurança e assistência em saúde. Para manter a qualidade do atendimento, os funcionários precisaram redobrar os esforços e buscar parcerias junto à Secretaria de Saúde, outras unidades de saúde e instituições próximas, o que acarretou em sobrecarga à saúde destes trabalhadores. Assim, ao minimizar danos e garantir assistência básica aos pacientes, muitos profissionais renunciaram seu próprio bem estar e os impactos causados foram além da capacidade integral de resolução, sendo necessário longo prazo de trabalho para serem solucionados.

Referências

BRASIL.Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden). **Em 2023, Cemaden registrou maior número de ocorrências de desastres no Brasil.** Brasília, DF, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. 19 jan 2024. Disponível em: <http://www.gov.br/mcti/pt-br/noticias/2024/01/em-2023-cemaden-registrou-maior-numero-de-ocorrencias-de-desastres-no-Brasil>. Acesso em: 16 jun 2024.

BRITO, Gabriel. O SUS diante de eventos climáticos no Brasil: Como a Força Nacional do SUS foi essencial para evitar um número muito maior de vítimas no Rio Grande do Sul. 05 jul 2024. Disponível em [http://: ideiasus.fiocruz.br/o-sus-diante-dos-eventos-climáticos-extremos/](http://ideiasus.fiocruz.br/o-sus-diante-dos-eventos-climaticos-extremos/). Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini et al. Atenção primária à saúde em situações de desastres: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 2019.

TOMINAGA, Lídia Keiko; SANTORO, Jair; AMARAL, Rosangela. **Desastres naturais**. São Paulo: Instituto Geológico, 2009.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS ENCHENTES NO VALE DO TAQUARI – RS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanessa Hellen Serrão Moura
Bruna Mengato Dias

O Vale do Taquari, situado na região central do Rio Grande do Sul, é formado por 36 municípios e aproximadamente 351.999 habitantes, correspondendo a 3% da população gaúcha. O rio Taquari é o principal curso d'água da sua bacia hidrográfica, contando com uma extensão de 156.547,16m e 41,77km² (Hoppe, 2022).

No ano de 2023 o Estado do Rio Grande do Sul foi assolado por uma enchente histórica que superou índices elevados dos níveis de água vistos pela última vez no ano de 1941. O balanço deste evento inclui 54 óbitos, cerca de 400.000 pessoas afetadas e um grande impacto em 107 municípios localizados no Vale do Taquari (Stariolo, 2024). O relatório final da Assembleia Legislativa do Estado publicado em novembro de 2023 também revelou através de pesquisas pós-enchente que, aproximadamente, R\$ 584,156 milhões de reais foram contabilizados em perdas na região do Vale do Taquari (Rio Grande do Sul, 2023).

Os prejuízos causados por essa catástrofe foram sem precedentes, abrangendo infraestrutura dos municípios: educação, com escolas destruídas e aulas interrompidas; economia local e atividades de agricultura e subsistência arruinadas, além de grandes indústrias que atuavam na região terem sido devastadas.

Além destes efeitos, houve o surgimento de novas demandas na área da saúde: hospitais e unidades básicas de saúde encontraram-se alagados, insumos e equipamentos de alto custo na prestação de assistência à saúde foram perdidos, profissionais de saúde ficaram desabrigados e sem condições de executar suas atividades laborais, houve o surgimento de doenças de veiculação hídrica, além de demandas crescentes de saúde mental, fazendo com que a vulnerabilidade da saúde da população corroborasse para um estado de calamidade pública.

A residência multiprofissional em saúde

A residência multiprofissional em saúde (RMS) é uma formação em saúde do tipo *lato sensu* que envolve diversas especialidades e profissões da área da saúde, tendo como principal característica o aprendizado em serviço, com associações entre teoria e prática. A residência multiprofissional conta com uma duração mínima de vinte e quatro meses, uma carga horária total de

5.760 horas, divididos em 60 horas semanais com predominância de 80% desta carga aplicada em atividades práticas (Brasil, 2021).

A tarefa de formar um profissional com visão ampla e integrada em nosso sistema de saúde é uma tarefa complexa e desafiadora para profissionais e gestores. De acordo com Sanches *et al.*, (2016), isto se deve a complexidade de estimular ao mesmo tempo habilidades profissionais, interpessoais e humanísticas. Desta forma, entende-se que, o profissional que possui uma formação através do programa de residência multiprofissional passa por um longo e profundo processo de desenvolvimento técnico, científico e também pessoal, que lhe acrescenta competências e uma visão mais amadurecida do mercado de trabalho e do sistema de saúde nesse período.

A RMS é um ambiente que possibilita muitas conexões e trocas de experiências que ampliam os saberes de todos os envolvidos e possibilita uma visão mais ampla sobre o cuidado ao paciente. Para Ferreira e Soares (2021), a RMS se consolida como uma estratégia do SUS no ensino-serviço para formação e atuação na saúde, garantindo a integralidade no atendimento através de uma articulação multidisciplinar e, dessa forma, gerando aprendizado e reflexões entre as equipes,

bem como valorização e reconhecimento mútuo entre os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

A Força Nacional do SUS

A Força Nacional do SUS (FN-SUS) foi criada em 2011 como um programa federal de cooperação para execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres e desassistência. Para que ela seja acionada é necessário que um município ou estado decrete situação de emergência, calamidade ou desassistência, solicitando o apoio do Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

A atuação da FNS está ligada à cooperação feita por profissionais voluntários qualificados, mantendo a articulação entre o governo e a equipe durante toda a sua atuação.

As ações da Força Nacional do SUS já estiveram presentes em eventos como Copa do Mundo e Olimpíadas de 2016, migração dos haitianos, emergência em saúde indígena no território Yanomami e incêndio na Boate Kiss em Santa Maria – RS (Brasil, 2024).

Contribuições da residência multiprofissional e reflexos desta experiência sobre a formação do residente

No período das enchentes que assolaram o Vale do Taquari em setembro de 2023, a FN-SUS realizou um esforço conjunto com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), mobilizando mais de 100 profissionais, dentre eles residentes multiprofissionais, que realizaram mais de 4.600 atendimentos, dos quais 389 foram de demanda psicossocial, 1.104 atendimentos médicos, 2.113 atendimentos de enfermagem e 40 atendimentos farmacêuticos (Grupo Hospitalar Conceição, 2023). Os profissionais enviados para as áreas necessitadas foram organizados em equipes com escalas de períodos de permanência específicos.

As ações da FN-SUS ocorreram de 06 a 30 de setembro de 2023. No período de 12 a 17 de setembro, fomos deslocados até a cidade de Encantado – RS para prestar assistência em saúde no município de Roca Sales – RS, juntamente com a equipe da Força Nacional do SUS, para prestar apoio no hospital de campanha e unidade móvel de atenção básica em saúde. As equipes de trabalho foram compostas por médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos.

Acerca das atividades diárias nas áreas atingidas pelas enchentes, foram realizadas visitas domiciliares, atividade de busca ativa, atendimentos por demanda espontânea, dispensação de medicamentos, atualização de receitas médicas, vacinação, notificação e investigação de doenças como leptospirose, atendimentos de emergência, e articulação diária entre todas as equipes em campo, relatando as necessidades encontradas e estudando maneiras de contorná-las.

É importante destacar que durante vários dias de atuação em campo, ainda havia chuva intensa e muitas áreas alagadas, dificultando deslocamento das equipes e até mesmo a demanda dos pacientes nos pontos de atendimento.

O desastre do Vale do Taquari e os seus efeitos posteriores em 2023 foram uma experiência profunda e marcante profissionalmente e pessoalmente para todos os que estavam envolvidos na assistência direta às vítimas. A experiência com a FN-SUS ressalta uma vivência importante no ambiente da residência multiprofissional, que consiste em trabalhar em equipe e articular o trabalho, mesmo quando se acaba de conhecer um time em um contexto caótico. Trata-se também de reunir forças para não só servir com conhecimento técnico, mas acolher como ser humano.

Se pudéssemos reunir as histórias que ouvimos das famílias que se perderam, das vidas que foram transformadas por esse desastre... Um atendimento de saúde deixou de ser apenas um atendimento, um curativo ou mesmo uma consulta, mas se tornou um espaço importante de escuta e acolhimento. Os profissionais que não estavam diretamente ligados à área de saúde mental, reconheceram a importância de saber ouvir a dor do outro. Em meio a estes atendimentos, os pacientes expressavam suas perdas e a sua desesperança. Esses também foram sinais de alerta para um dos impactos das enchentes: o aumento de demandas de suporte em saúde mental com atenção para riscos de desenvolvimento de ansiedade e depressão, assim como tentativas de suicídio.

De acordo com os resultados do estudo de Rafaloski *et al.* (2020) acerca da saúde mental no contexto de desastres naturais em Santa Catarina, evidenciou-se expressiva busca da população por atendimentos de saúde mental nos serviços de saúde que possuíam correlação com o desastre, bem como de indivíduos que já realizavam algum tipo de tratamento e estavam estáveis até vivenciarem o trauma do ocorrido.

Os mesmos autores também defendem a importância do acompanhamento da população ao longo

dos anos, demonstrando a longo prazo os efeitos desses eventos sob a população, o que nos leva a refletir de que forma os impactos das enchentes podem influenciar o futuro das pessoas que a vivenciaram.

O estudo sistemático de Weilhhammer *et al.* (2021) trouxe evidências dos efeitos das enchentes na saúde mental das vítimas, especialmente a longo prazo, encontrando prevalência de estresse pós-traumático e ansiedade até 17 anos após o evento, além da comprovação de que a exposição a estes eventos elevou os riscos de ansiedade, depressão e outros acometimentos à saúde mental dos indivíduos afetados pelas enchentes.

Em meio a essa experiência, também foi possível vivenciar os desafios da população em um local com restrição de água potável para consumo, dificuldades de comunicação, ausência de energia elétrica, comércios locais devastados, sem comida e materiais básicos de higiene. A revisão de Freitas e Ximenes (2012) sobre o contexto das enchentes em saúde pública avaliou as consequências ambientais, estruturais e na qualidade de vida da população, evidenciando que estes eventos afetam não só na disseminação e agravos de problemas de infraestrutura, saúde e saneamento, mas a demora nos processos de reabilitação, reconstrução e restabelecimento da infraestrutura local e de serviços, podem

ampliar o espectro do agravos físicos e mentais na população e tornar crônicas as suas consequências.

Ainda nos estudos destes autores, as consequências das enchentes na saúde pública abrangem a contaminação de água, esgoto, solo e alimentos; altera ciclos ecológicos de hospedeiros e vetores de doenças, aumenta o risco de doenças infecciosas e parasitárias, além de agravos; interrompe e compromete serviços locais essenciais como abastecimento de água, luz, gás, acesso a educação e serviços de saúde, bem como impacta a economia local e a fonte de renda da população.

Dessa forma, entende-se que as consequências destes eventos são extremamente complexas, reque-rendo repostas e estratégias que vão a longo prazo. Os rastros de destruição ainda serão vistos e lembrados ao longo do tempo, como um marco histórico que abalou o Estado do Rio Grande do Sul.

Considerações finais

As enchentes no ano de 2023 proporcionaram momentos marcantes para o povo do Rio Grande do Sul. Estimularam a solidariedade além de fronteiras municipais e estaduais e uniram ações de suporte, não apenas do governo, mas de voluntários de todo o Brasil.

O papel da RMS em apoio a Força Nacional do SUS é um grande exemplo deste apoio.

Entende-se que a assistência prestada à população neste período foi de encontro às necessidades que surgiram, mas os ensinamentos obtidos através desta experiência foram de extrema importância no ciclo de formação profissional de muitos residentes, bem como foram enriquecedores para todos os profissionais envolvidos, colocando em prática os conhecimentos adquiridos, e também articulando uma assistência que pudesse contemplar na integralidade as vítimas das enchentes, assim como a complexidade das suas necessidades.

Apesar das imagens e relatos marcantes vividos nesta experiência, é extremamente gratificante a sensação de poder contribuir ativamente como profissional e ser humano na comunidade em que fazemos parte e poder, de alguma forma, cuidar e reparar a dignidade das pessoas atingidas pelas enchentes no Vale do Taquari.

Espera-se também que, por meio dos desafios governamentais e assistenciais enfrentados neste período, seja estimulado o desenvolvimento de estudos e estratégias que visem a prevenção e mitigação destes eventos, além do aperfeiçoamento dos níveis de resposta a desastres.

Referências

BRASIL. Força Nacional do SUS. Ministério da Saúde. **Atenção especializada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/fn-sus>. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

FERREIRA, I.S.S.; SOARES, C.T. Residência Multiprofissional em Saúde e Formação de Psicólogos para o SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília – DF, v. 41, p. 1-14, 2021.

FREITAS, C.M.; XIMENES, E.F. Enchentes e Saúde Pública – Uma Questão na Literatura Científica Recente das Causas, Consequências e Respostas para Prevenção e Mitigação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro – RJ, v.17. n. 6, p. 1601-1615, 2012.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Grupo Hospitalar Conceição realizou mais de 4.600 atendimentos às vítimas das enchentes no Vale do Taquari**. Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=29712>. Acesso em: 30 ago. 2024.

HOPPE, W. H. **Enchentes do rio Taquari**: análise histórica e ambiental do município de Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil (1970-2000). 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Taquari, Lajea-

do, 2022.

RAFALOSKI, A.R. *et al.* Saúde mental das pessoas em situação de desastre natural sob a ótica dos trabalhadores envolvidos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro – RJ, v. 44, n. 2, p. 230-241, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa Do Estado. **Comissão de representação externa para acompanhar os impactos causados pelas enchentes que atingiram o Estado no início do mês de setembro de 2023 (medidas anunciadas e sugestão de alternativas)**: relatório final. Porto Alegre, 2023.

SANCHES, V. S. *et al.* Burnout e qualidade de vida em uma Residência Multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília – DF, v. 40, n. 3, p. 430-436, 2016.

STARIOLO, M. Estudo analisa enchentes de setembro de 2023 no RS para mapear vulnerabilidade de municípios a desastres ambientais. **Jornal da Unesp**, São Paulo, 6 ago. 2024. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2024/08/06/estudo-analisa-enchentes-de-setembro-de-2023-no-rs-para-mapear-vulnerabilidade-de-municipios-a-desastres-ambientais/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

WEILNHAMMER, V. *et al.* Extreme Weather Events in Europe and their Health Consequences – A Systematic Review. **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, v. 233, 2021. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438463921000018?ref=pdf_download&fr=R-R-2&rr=9139fe898b0e58ab. Acesso em: 17 fev. 2024.

A FISIOTERAPIA NO RECOMEÇO: O CUIDADO E A RECUPERAÇÃO DOS DESABRIGADOS DA MAIOR CATÁSTROFE CLIMÁTICA DO RIO GRANDE DO SUL

Murilo Santos de Carvalho
Ana Paula Barcellos Karolczak
Alessandra Bombarda Müller

Contextualização

A Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) foi acionada na madrugada de 04 de maio de 2024 pela Prefeitura Municipal de São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, para abrigar pessoas desalojadas em decorrência das inundações ocasionadas pelas chuvas intensas que assolaram o estado entre abril e maio, o que tornou evidente a vulnerabilidade da região diante de fenômenos climáticos extremos.

Nesta madrugada, o Rio dos Sinos, que corta e abastece o município da Região Metropolitana de Porto Alegre, atingiu a marca de 8,2 metros, um recorde histórico. Mais de 180 mil habitantes da cidade, com população de 217.409 pessoas (IBGE, 2022), foram atingidos, direta ou indiretamente, pelas cheias. Destes, cerca de 12 mil encontravam-se alojados em abrigos do município.

Além disso, o sistema de saúde público foi intensamente afetado, como as farmácias municipais e do Estado, por exemplo, que perderam integralmente seus estoques. Entre as 25 Unidades de Saúde do município, 16 foram atingidas, e destas, oito totalmente devastadas. Foram estabelecidos aproximadamente 100 abrigos em igrejas, escolas e associações, sendo que o campus da Unisinos acolheu mais de 1.500 cidadãos (São Leopoldo, 2024).

As Nações Unidas têm alertado para o crescimento exponencial do número de desastres no mundo, especialmente aqueles relacionados ao clima. A intensificação das populações concentradas em área urbana não planejada e insegura, a pobreza e a negligência às mudanças climáticas têm aumentado consideravelmente o número de pessoas expostas a desastres naturais (*United Nations*, 2015).

O episódio de precipitação extrema que atingiu o sul do Brasil em maio de 2024 explica a catástrofe histórica que o Rio Grande do Sul enfrentou, um fenômeno sem precedentes causado pelo *El Niño*, classificado como um fenômeno climático natural (Rizotto; Costa; Lobato, 2024). As consequências das enchentes e inundações vão além da destruição física imediata e acarretaram riscos à saúde da população afetada. Diarreia,

doenças de pele, infecções respiratórias, acidentes por animais peçonhentos, ectoparasitas, leptospirose, hepatites, tétano, cólera, arboviroses e doenças psiquiátricas foram reportados em eventos anteriores e se repetiram (Brasil, 2017).

As enchentes causaram grande devastação, impactando significativamente também a saúde mental dos desalojados. Atingiram diretamente as pessoas que perderam familiares, suas moradias, modos de vida e fontes de sustento. O sofrimento mental, juntamente com o aumento das doenças respiratórias nos abrigos coletivos, foi uma das principais preocupações em termos de saúde (Rizotto; Costa; Lobato, 2024).

Descrição da experiência

Este relato apresenta as ações do curso de Fisioterapia da Unisinos aos desalojados do município de São Leopoldo, que permaneceram abrigados no Complexo Esportivo do campus da universidade no período de 03 a 29 de maio de 2024, em três ginásios cobertos e mais de 20 salas de aulas. As famílias foram alocadas conforme chegada ao abrigo, e os indivíduos mais vulneráveis, como idosos com restrição de mobilidade e comorbidades prévias, foram encaminhados a uma sala destinada ao cuidado específico desta população.

Durante os dias de funcionamento do abrigo, diversas ações foram realizadas visando o olhar humanizado e atento à integralidade dos sujeitos. As trocas de decúbito dos pacientes restritos ao leito, o posicionamento mais adequado para as refeições, o estímulo da movimentação para aqueles com mobilidade reduzida, alongamentos e exercícios para relaxamento, foram conduzidos neste período. Exercícios respiratórios também foram realizados após avaliação e identificação das necessidades de cada indivíduo.

Ações específicas para a população infantil também foram conduzidas. A busca ativa de bebês e crianças com sintomas gripais para avaliação e assistência fisioterapêutica, o atendimento fisioterapêutico após indicação médica e orientações quanto ao estímulo para o adequado desenvolvimento infantil foram implementados. O fluxo para manejo destas situações foi construído junto à equipe médica e de enfermagem, demonstrando o aspecto interprofissional das abordagens realizadas.

Da mesma forma, oportunizou-se a realização de atividades coletivas, como momentos descontraídos de movimento, música e dança, além da realização de um grupo com gestantes e participações nas atividades recreativas desenvolvidas na rotina do local.

Objetivo e período de realização

Esta experiência em emergências em saúde pública associadas a inundações destaca as ações de Fisioterapia em abrigo de desalojados, cujo objetivo é descrever a assistência fisioterapêutica a populações vulnerabilizadas no estado gaúcho, no período de 03 a 25 de maio de 2024, para a prevenção de doenças e tratamento das condições preexistentes, agravadas com a queda das temperaturas no inverno que se aproximava, bem como relatar o processo de gestão do voluntariado.

População acompanhada

Dos 1.500 abrigados, cerca de 150 eram crianças e 130 idosos. Nesse cenário, as ações de fisioterapia se concentraram prioritariamente nestas populações mais vulneráveis.

No setor de cuidados geriátricos, o perfil funcional das pessoas idosas foi caracterizado por meio do Índice de Barthel Modificado, que consiste em um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as atividades da vida diária (AVDs) (Shah; Vanclav; Cooper, 1989; Minosso *et al.*, 2010). A maioria dos idosos acompanhados era do sexo masculino, com algum grau de dependência funcional e mobilidade reduzida para as

AVDs, o que impacta diretamente na qualidade de vida dos idosos, suas famílias e o sistema de saúde.

Ao identificar o perfil funcional desta população, foi possível direcionar as intervenções fisioterapêuticas, buscando, principalmente, a prevenção de complicações respiratórias, evitando assim, a sobrecarga da atenção hospitalar neste período crítico. Esses idosos apresentavam comorbidades prévias como Acidente Vascular Cerebral, Diabetes *Mellitus* e Alzheimer. Diariamente, além da vigilância respiratória, realizavam-se mudanças de decúbitos naqueles restritos ao leito e treino de marcha e estímulos gerais para a prevenção de intercorrências respiratórias, musculoesqueléticas e neurofuncionais.

Imagem 1 - Vigilância respiratória e treino de marcha para a população idosa.



Fonte: arquivo pessoal (2024).

Os cuidados pediátricos estruturados na Enfermaria do abrigo permitiram o monitoramento diário e a assistência fisioterapêutica de bebês e crianças menores de 12 anos, a maioria do sexo feminino. Por meio de educação em saúde, os pais entendiam a importância dessa constante vigilância e prevenção e levavam as crianças para reavaliação fisioterapêutica. Além disso, em todos os turnos eram realizadas buscas ativas nos ginásios para identificação de pessoas com sinais ou sintomas gripais.

Recursos fisioterapêuticos para favorecer a variação do fluxo respiratório (bucal e máscara de pressão positiva, oscilação oral de alta frequência, selo d'água, cunha de posicionamento e bola suíça) foram utilizados associados a manobras torácicas adequadas para lactentes e crianças pequenas e, quando necessária, a higiene brônquica era realizada por meio de estímulo da tosse e aspiração de vias aéreas superiores (Almeida *et al.*, 2014).

Em algumas vezes, de acordo com a avaliação prévia das necessidades específicas de cada criança, nebulização com soro fisiológico ou lavagem nasal foi utilizada para promover a higiene das vias aéreas. Esse acompanhamento profilático evitou a internação hospitalar de todas as crianças acompanhadas neste período.

Imagem 2 - Recursos e manobras torácicas para a fisioterapia respiratória infantil.





Fonte: arquivo pessoal (2024).

A condução de um grupo de gestantes no abrigo, envolvendo a interprofissionalidade na saúde, abordou o cuidado no pré-natal, parto e puerpério. Com a participação de gestantes convidadas, o momento contou com a organização e o protagonismo de residentes enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogas, nutricionistas e assistentes sociais do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Unisinos. Dentre os temas debatidos, as gestantes tiveram acesso e puderam tirar dúvidas acerca de anatomia, exercícios respiratórios, exercícios pélvicos, planejamento do parto, aleitamento materno, primeiros socorros, cuidados pós-parto e com o recém-nascido.

Imagem 3 - Ações de cuidado pré-natal, parto e puerpério.



Fonte: arquivo pessoal (2024).

Gestão dos voluntários

Dada a grande demanda por cuidados na área da saúde, foi necessária a criação de formulários eletrônicos que permitissem a candidatura de estudantes e profissionais da saúde para o voluntariado. Felizmente, muitas pessoas se voluntariaram e se colocaram à disposição da Universidade. O Curso de Fisioterapia, por exemplo, conseguiu preencher e organizar escalas semanais distribuídas nos três turnos do dia - manhã, tarde e noite - nas duas grandes áreas de atuação, a geriatria e a pediatria. Estes candidatos prontamente eram adicionados em grupos de aplicativo de mensagens *WhatsApp*, a fim de facilitar a comunicação e a disseminação de orientações.

A partir de iniciativas do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região (CRE-FITO-5), em parceria com a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia Intensiva do Rio Grande do Sul (ASSOBRAFIR/RS), diversos profissionais da área se candidataram para a atuação na linha de frente dos abrigos. O processo de candidatura foi divulgado nas redes sociais e se deu por preenchimento de formulários eletrônicos. Isso facilitou para que a gestão do cuidado também se expandisse para outros abrigos espalhados pelo município. Além disso,

também se criou uma rede de compartilhamento de doações de órteses e outros dispositivos.

Em São Leopoldo, a referência foi o abrigo da Unisinos, uma vez que era um dos maiores da região. Recentemente, a prefeitura municipal de São Leopoldo apresentou relatório que identificou mais de 130 alojamentos estruturados no território, em diversos pontos da cidade. Ao total, mais de 20 mil pessoas foram abrigadas até que, gradativamente, pudessem retornar para algum local seguro (São Leopoldo, 2024).

O protagonismo discente e docente na sala de aula da vida real

Egressos, profissionais voluntários, docentes e discentes atenderam prontamente ao chamado. Os próprios estudantes passaram a enxergar o abrigo como uma extensão da sala de aula, dado o grau de complexidade do evento e a relevância do impacto social e do cuidado que estavam promovendo. Competências e habilidades foram desenvolvidas e aprimoradas durante dias que jamais serão esquecidos por quem os viveu. Ao todo, 15 profissionais e mais de 20 estudantes de Fisioterapia atuaram na linha de frente ao longo do mês de maio.

Imagem4-Profissionais e estudantes de Fisioterapia alinhados frente.



Fonte: arquivo pessoal (2024).

Em meio ao caos, os discentes desempenharam um papel fundamental em diversas iniciativas que aprimoraram significativamente a estrutura do abrigo e o cuidado oferecido às pessoas em situação de vulnerabilidade. Tal situação adversa trouxe união para a reconstrução, mas também reforçou o impacto e a responsabilidade social que uma universidade deve ter perante a comunidade (Eidt; Calgaro, 2021).

Outra ação que mereceu destaque foi o cadastramento de usuários que perderam cadeiras de rodas nas enchentes, por meio da medição de parâmetros antropométricos para envio ao banco de dados do Estado e a centros de reabilitação como a Associação Canoense de Deficientes Físicos (ACADEF).

Imagem 5 - Avaliação e indicação de órteses de membros inferiores.



Fonte: arquivo pessoal (2024).

O papel do Fisioterapeuta como promotor da saúde

Dentre tantos legados de evoluções pessoais, permaneceu também o marco da atuação da Fisioterapia na linha de frente. Os abrigos se constituíram como uma extensão dos territórios da Atenção Primária à Saúde e reforçaram a importância da inserção desse núcleo profissional junto à Saúde da Família atuando, de fato, na Saúde Coletiva (Schimitt *et al.* 2020).

São necessários estudos que permitam uma compreensão ampliada acerca das ações do fisioterapeuta no contexto das gestões de crise em situações de calamidade. Gestores, serviços de saúde e profissionais, que também podem ser atingidos pelos desastres, precisam elencar prioridades, reorganizar seus processos de trabalho, ampliar ações interdisciplinares e intersetoriais, bem como atuar preventivamente com o conhecimento dos prováveis impactos para a saúde da população atingida por desastres (Brasil, 2017).

Em termos emocionais, os profissionais e estudantes de Fisioterapia também se tornaram um apoio importante para muitos membros da comunidade que enfrentaram perdas e traumas durante as enchentes. O acolhimento e a escuta qualificada a pessoas que passaram por traumas eram realizados com empatia, respeito e paciência, proporcionando um ambiente seguro onde

elas se sentiam ouvidas e apoiadas em seu processo de reconstrução.

Imagem 6 - O olhar humanizado para a tragédia instaurada.





Fonte: arquivo pessoal (2024).

Como um curso de ensino superior da área da saúde, o curso de Fisioterapia da Unisinos também atuou com a elaboração de materiais ilustrativos de educação em saúde com orientações de exercícios práticos e medidas para prevenção de agravos. Da mesma forma, o combate às *fake news* foi um tema bastante recorrente, sabendo que muitos utilizaram a tragédia, de forma infeliz ou oportunista, para atrapalhar o trabalho de resgates e de doações (Rizotto; Costa; Lobato, 2024).

Por fim, fator impactante e de grande reconhecimento foi a possibilidade de atuar de forma interseccional e interdisciplinar, com diferentes setores e pro-

fissionais das mais diversas áreas ocupando o mesmo espaço e com objetivos compartilhados. Nesse sentido, a Fisioterapia nunca esteve sozinha.

Aprendizados

Ao identificar doenças/agravos de interesse de acordo com as características sazonais do estado, se intensificou o atendimento e monitoramento, incluindo vigilância ativa, especialmente em relação às doenças de transmissão respiratória que afetaram crianças e idosos. Esse esforço foi fundamental para prevenir a sobrecarga do sistema hospitalar do município, que já enfrentava desafios importantes devido ao cenário do momento.

A experiência de transformar um campus universitário em abrigo revelou a potência da integração entre ensino, serviço e comunidade no contexto acadêmico. Esse cenário propiciou um ambiente único para o aprendizado coletivo, envolvendo a gestão de demandas urgentes, a coordenação de recursos humanos e a mobilização de abrigados e voluntários. A adaptação rápida e eficaz do campus, a colaboração entre estudantes, professores e profissionais da saúde, e a resposta coordenada às necessidades emergentes destacaram-se como legados importantes dessa experiência.

Ficam as memórias que jamais serão esquecidas por quem as vivenciou. É vital que políticas públicas, investimento em infraestrutura e conscientização da população sejam implementados para mitigar os impactos futuros.

Referências

ALMEIDA, M. M. F.; TEODORO, R. J. CHIAVEGATO, L. D. Aplicação de manobras e estratégias na fisioterapia respiratória: tempo de retomarmos as evidências. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. e20200443, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/DGhHYrMMDmKNfV-48qWYMYHf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/guia-de-preparacao-e-resposta-a-emergencia-em-saude-publica-por-inundacao.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contin-gência para Emergência em Saúde Pública por Inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/plano-contingencia-saude-inundacao-2ed.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2024.

EIDT, E. C.; CALGARO, R. Responsabilidade social universitária: histórico e complexidade implícitos na constituição do conceito. **Avaliação**: Revista da Avalia-

ção da Educação Superior, Sorocaba, v. 26, n. 1, p. 89-111, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/ktfPHtfwL36TyD3zz3hPgdw>. Acesso em: 20 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades - Panorama**. São Leopoldo, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-leopoldo/panorama>. Acesso em: 2 jul. 2024.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2; 218-223, br. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7n8WhRb6Wvcs3QdrWx3ywJn/>. Acesso em: 28 jun. 2024.

RIZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. V. C. Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, p. e141, abr./jun. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48n141/e141ED/pt/>. Acesso em: 31 ago. 2024.

SÃO LEOPOLDO. Prefeitura Municipal. **Notícias**. São Leopoldo, 2024. Disponível em: <https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jul. 2024.

SCHMITT, A. C. B. *et al.* **Fisioterapia & atenção primária à saúde: desafios para a Formação e Atuação Profissional**. 1 ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020.

SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 42, n. 8, p. 703-709, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2760661/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

STOPGLIA, M. S.; COPPO, M. R. C. Principais técnicas de fisioterapia respiratória em pediatria. **Blucher Medical Proceedings**, São Paulo, v. 4, n. 1, 2014. Disponível em: <https://pdf.blucher.com.br/medical-proceedings/2cisep/010.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2024.

UNITED NATIONS. **Sendai framework for disaster risk reduction 2015 - 2030**. Sendai: United Nations, 2015. Disponível em: https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf. Acesso em 4 jul. 2024.

RESPOSTA FARMACÊUTICA EM DESASTRES NATURAIS: A GESTÃO DE CRISE NAS INUNDAÇÕES GAÚCHAS

Franciele Souza Santos
Thais Marcela da Silva Pereira
Murilo Santos de Carvalho
Fabiana Chiela Ribeiro
Ana Paula Cappellari
Ana Rita Breier
Juliana Nichterwitz Scherer

Contextualização

Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou uma calamidade pública, e São Leopoldo, na Região Metropolitana de Porto Alegre, foi uma das cidades severamente afetadas por inundações. Esses eventos climáticos impactaram cerca de 180 mil pessoas, o equivalente a dois terços da população local, causando danos materiais e riscos à saúde pública (IBGE, 2024).

Entre as 25 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município, 16 foram atingidas, sendo 8 totalmente devastadas. Foram estabelecidos aproximadamente 100 abrigos distribuídos em igrejas, escolas e associações comunitárias. Ademais, a maior enchente da história da cidade inundou a Farmácia Municipal e a Farmácia

do Estado, localizadas no Ginásio Celso Morbach, resultando na perda de medicamentos, fraldas geriátricas, insumos, equipamentos e mobiliários (São Leopoldo, 2024).

Imagem 1 - Registros de algumas das UBSs devastadas.





Fonte: arquivo pessoal (2024).

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080/1990, assegura o direito ao acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica como

parte integral do direito à saúde. Segundo a lei, é dever do Estado garantir a oferta e a continuidade de serviços farmacêuticos, especialmente em situações de calamidade pública, em que a gestão adequada dos recursos e a rápida resposta às necessidades da população são cruciais. O artigo 6º da Lei nº 8.080/1990, destaca a importância da organização de serviços e ações de saúde para atender emergências e situações de calamidade pública, o que inclui a distribuição e a garantia de acesso a medicamentos essenciais. Além disso, o artigo 2º da mesma lei estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, o que abrange a assistência farmacêutica (Brasil, 1990).

A Assistência Farmacêutica compõe um dos sistemas de apoio à atenção à saúde, envolvendo o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde, para a garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. O profissional farmacêutico torna-se imprescindível nas ações relacionadas ao acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (Correr; Otuki; Soler, 2011).

A relação direta, orientação e acompanha-

mento do usuário através do uso do medicamento é considerado o momento mais importante no trabalho do profissional farmacêutico e apresenta impacto na qualidade do serviço e na melhoria da saúde da população, porém essa é uma atividade ainda incipiente no SUS. Em uma situação de calamidade essa atividade torna-se ainda mais difícil.

Nesse contexto, o município de São Leopoldo conseguiu obter uma rápida resposta através das equipes multiprofissionais volantes que estrategicamente foram organizadas para estarem presentes nos locais de abrigo da população atingida nas quais o profissional farmacêutico tornou-se essencial como apoio na orientação do uso do medicamento que passou a ser acessado pela população.

Em tal conjuntura, o papel do farmacêutico na gestão de situações de calamidade pública é de extrema importância. Esses profissionais são responsáveis por assegurar que a população continue a ter acesso a medicamentos e outros insumos necessários, coordenando esforços para a reposição de estoques, avaliando as necessidades emergenciais e colaborando com outras áreas da saúde para minimizar os impactos da crise. A atuação eficaz dos farmacêuticos contribui significativamente para a recuperação e o bem-estar da comuni-

dade afetada, reafirmando o compromisso do SUS com a saúde pública e a assistência integral (Brasil, 2007).

A atuação do farmacêutico é crítica, indo além da simples gestão e distribuição de medicamentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), farmacêuticos desempenham papéis essenciais na orientação sobre o uso seguro de medicamentos e na educação da população, minimizando riscos de automedicação inadequada e assegurando a adesão aos tratamentos. Além de garantir a continuidade do fornecimento e a reposição de estoques, os farmacêuticos desempenham um papel fundamental na educação e orientação da população sobre o uso adequado de medicamentos e insumos. Essa função é crucial para minimizar riscos associados à automedicação e promover a adesão aos regimes terapêuticos estabelecidos, o que é vital para a recuperação eficaz dos pacientes. Ademais, a atuação dos farmacêuticos na vigilância sanitária assegura que os produtos farmacêuticos mantêm a qualidade e a segurança necessárias, contribuindo para a integridade das intervenções de saúde pública. Dessa forma, a contribuição dos farmacêuticos não apenas apoia a resposta imediata à crise, mas também fortalece a resiliência do sistema de saúde ao enfrentar os desafios impostos por situações emergenciais (Pimenta-de-Souza; Miranda; Garcia, 2014).

Objetivo e Período de Realização

Objetivou-se descrever a assistência farmacêutica às populações vulnerabilizadas no município de São Leopoldo, no período de 03 a 25 de maio de 2024, para a disponibilização de medicamentos, orientação do uso adequado dos recursos terapêuticos, prevenção de uso irracional de medicamentos e intoxicações, visando a gestão adequada e técnica dos recursos recebidos através de doações de medicamentos e insumos oriundos de todo o território nacional, além do apoio às equipes multiprofissionais volantes estabelecidas no município.

Resultados e Descrição da Experiência

Na noite de 3 de maio, a farmacêutica responsável pela farmácia municipal e do Estado, juntamente com outros colaboradores tentaram acondicionar os medicamentos em prateleiras elevadas. Entretanto, devido ao inesperado volume das águas, tudo o que estava no andar térreo foi perdido.

Imagem 2 - Farmácia Municipal e Estadual coberta pela água. Medicamentos e leites especiais a serem descartados.





Fonte: arquivo pessoal (2024).

Durante as enchentes, muitas pessoas foram deslocadas de suas casas, enfrentando condições precárias de higiene e saúde. Nesse cenário caótico, os farmacêuticos se destacaram como provedores de cuidados primários de saúde, oferecendo orientação sobre o uso adequado de medicamentos, prevenção de doenças transmitidas por água contaminada, como diarreia e leptospirose, e ofereceram conselhos sobre como manter uma boa higiene pessoal em condições adversas. Em termos emocionais, os farmacêuticos também foram um apoio importante para muitos membros da comunidade que enfrentaram perdas e traumas durante as enchentes (Brasil, 2017).

A Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, sediada em São Leopoldo, abriu suas portas e estabeleceu o maior abrigo da cidade. Quase duas mil pessoas permaneceram em torno de 21 dias no local e receberam atendimento de médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Um ambulatório foi montado e as prescrições médicas eram avaliadas e utilizadas para a dispensação de medicamentos recebidos através de doações. Em torno de 100 dispensações eram realizadas em média, por dia. Medicamentos analgésicos, e anti-inflamatórios, antiasmáticos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, an-

tibióticos, antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, foram utilizados por cerca de 250 pacientes ao longo do período de abrigo na Universidade. Além disso, os medicamentos antirretrovirais foram retirados pelos usuários na Farmácia.

Imagem 3 - Ponto de assistência farmacêutica na Unisinos.





Fonte: acervo pessoal (2024).

Em termos emocionais, os farmacêuticos também foram um apoio importante para muitos membros da comunidade que enfrentaram perdas e traumas durante as enchentes, pois fizeram parte das equipes multiprofissionais formadas nos abrigos temporários.

Em muitas áreas afetadas, os acessos foram bloqueados, impedindo a entrega de suprimentos médicos essenciais. Os farmacêuticos locais desempenharam um papel fundamental na distribuição de medicamentos essenciais, garantindo que aqueles que mais precisavam tivessem acesso a eles. Eles trabalharam em estreita colaboração com equipes de resgate e organizações de ajuda humanitária para coordenar a entrega de medicamentos

e suprimentos médicos para os abrigos temporários. É preciso ressaltar o protagonismo desse profissional nas ações de organização das doações de medicamentos recebidas pelo município. Houve uma grande preocupação com a triagem, organização, destinação correta e o olhar crítico e responsável dos profissionais farmacêuticos e das equipes de saúde com relação à descentralização e o cuidado com o acesso correto dos medicamentos, para evitar problemas de intoxicações, uso indevido dos mesmos e potenciais interações medicamentosas.

Por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo e a Fundação Municipal de Saúde, foi estabelecido um Centro de Distribuição de Medicamentos no Centro de Espiritualidade Cristo Rei (CECREI), com o objetivo de centralizar as doações e direcioná-las conforme as necessidades específicas dos abrigos dos locais. As prescrições médicas eram enviadas por intermédio do aplicativo de mensagens *WhatsApp*, facilitando a triagem e a separação dos medicamentos que seriam encaminhados aos alojamentos diariamente.

Adicionalmente, foram distribuídos “kits” de medicamentos para áreas onde o acesso só era possível por meio de embarcações, com profissionais da saúde deslocando-se até esses locais. Equipes volantes mul-

tipofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas se deslocavam com “kits” que continham itens básicos como: antitérmicos, analgésicos, xaropes, antibióticos, soro fisiológico, gases, micropore, entre outros, para prestar atendimento nos abrigos que visitavam. Os itens do “kit” serviam para prestar o primeiro atendimento, e na sequência, os profissionais que avaliavam as demandas de saúde, faziam as solicitações de medicamentos, conforme necessário, para o Centro de Distribuição. As caixas das equipes volantes eram conferidas e abastecidas diariamente.

Havia também equipes itinerantes de saúde mental, as quais eram compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos e terapeutas ocupacionais, e visitavam os abrigos, portando consigo “kits” com psicotrópicos e benzodiazepínicos. Da mesma forma que as equipes volantes, usavam os itens para prestar o primeiro atendimento, e posteriormente, solicitavam ao Centro de Distribuição os medicamentos a serem fornecidos aos usuários. As caixas das equipes itinerantes de saúde mental eram conferidas e abastecidas diariamente.

Até o dia 31 de maio, um total de 74 abrigos foram atendidos, sendo distribuídos medicamentos essenciais abrangendo diversas classes terapêuticas, como

broncodilatadores, analgésicos, antipiréticos, mucolíticos, vitaminas, anticonvulsivantes, antidepressivos, antibióticos, anti-hipertensivos, ansiolíticos, sedativos, antipsicóticos, corticosteroides e anti-inflamatórios. Foram dispensados mais de 100 princípios ativos ao dia no decorrer do período de funcionamento do serviço.

Imagem 4 - Centro de Distribuição de Medicamentos do CECREI.





Fonte: acervo pessoal (2024).

Imagem 5 - Kits sendo preparados e kits prontos para envio para os abrigos.





Fonte: acervo pessoal (2024).

Imagem 6 - Kits preparados para as equipes volantes (multiprofissionais) atenderem usuários nos abrigos.





Caixas organizadoras para separação das receitas aviadas e das relações de medicamentos e materiais médico hospitalares que chegavam de doação. Fonte: acervo pessoal (2024).

A participação dos farmacêuticos nos grupos de *WhatsApp* voltados para a saúde foi fundamental, fornecendo orientações sobre o correto uso dos medicamentos e abordando questões críticas, como os cuidados necessários devido ao mofo e a umidade que afetou muitas residências.

Além disso, em resposta à emergência, equipes de saúde mobilizaram-se para atender às necessidades médicas da população deslocada para abrigos temporários, sendo um deles o segundo maior da cidade de São Leopoldo, montado no Centro de Eventos de São Leopoldo (CEVEN). E diante dessas demandas foi ne-

cessário a montagem de uma farmácia de emergência no local, o que representou um desafio significativo devido à falta de recursos e ao cenário caótico pós-enchente. A farmácia foi estabelecida com recursos do centro de distribuição de medicamentos e contou com a parceria de uma farmacêutica voluntária, que colaborou na organização e funcionamento do serviço.

Imagem 7: Doações e ponto de assistência farmacêutica no CEVEN.





Fonte: acervo pessoal (2024).

O Centro de Eventos do município e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, os maiores alojamentos, contaram com farmacêuticos em tempo integral. Juntos os três espaços realizavam cerca de 200 dispensações diárias, sendo as principais classes solicitadas analgésicos, antiinflamatórios, antiasmáticos, antihipertensivos, antibióticos, broncodilatadores e antidepressivos. Kits foram distribuídos para equipes volantes multiprofissionais que visitavam abrigos e locais de difícil acesso, avaliando demandas de saúde e solicitando medicamentos conforme necessário.

As vítimas abrigadas também foram beneficiadas com a manipulação de xampu a seco, loção para piolhos, creme hidratante, solução de clorexidina, álcool gel, creme hidratante com ureia, pomada para assaduras, entre outros, realizada na Farmácia Escola da UNISINOS.

A cooperação entre médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e farmacêuticos foi essencial para oferecer um cuidado abrangente e eficaz, garantindo que as necessidades da população fossem atendidas de forma integral.

Espaços voltados para públicos específicos, como idosos, mulheres e crianças, permitiram um atendimento mais adequado. A resiliência dos abrigados foi destacada, adaptando-se ao novo contexto e demonstrando solidariedade. Alguns indivíduos se tornaram abrigados e voluntários, ajudando enquanto enfrentavam suas próprias crises. O espírito de comunidade formado nos abrigos foi crucial para a organização da rotina e a distribuição de recursos durante o período de abrigamento.

Aprendizado e Análise Crítica

A atuação dos farmacêuticos durante a calamidade pública que devastou diversas cidades gaúchas afirmou não apenas sua importância na prestação de cuidados de saúde, mas também sua capacidade de liderar e apoiar a comunidade em momentos de crise. Seu compromisso inabalável com o bem-estar dos outros destaca o valor inestimável desses profissionais em emergências como as que assolaram o Estado gaúcho.

A profissão farmacêutica desempenha um papel essencial na promoção da saúde da população. Os farmacêuticos são responsáveis por garantir o fornecimento de orientações sobre o uso adequado de medicamentos, estimulando seu uso racional e minimizando riscos de reações adversas e interações medicamentosas. Além disso, contribuem para a educação da população sobre aspectos como a prevenção de doenças, promoção de hábitos saudáveis e uso correto dos recursos terapêuticos.

A presença e atuação qualificada dos farmacêuticos, em diferentes contextos, reforça sua importância, como agentes essenciais do sistema de saúde. Dessa forma, a valorização e o reconhecimento da profissão são necessários para que os farmacêuticos continuem a proporcionar um cuidado integral, seguro e de alta

qualidade para a população.

Além disso, a atuação em abrigos evidenciou a importância da inserção do ensino-serviço na formação acadêmica dos profissionais, proporcionando uma compreensão mais profunda das necessidades de saúde da população e aprimorando habilidades teórico-práticas.

Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. . Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-farmaceutica-no-sus/>. Acesso em: 24 ago. 2024.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f-7gXSq1keFpWT905>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/guia-de-preparacao-e-resposta-a-emergencia-em-saude-publica-por-inundacao.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CORRER, J. C.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de

cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Manaus, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Cidades**: Panorama São Leopoldo. Brasília, DF: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-leopoldo/panorama>. Acesso em: 2 jul. 2024.

PIMENTA-DE-SOUZA, P.; MIRANDA, E. S.; GARCIA, C. Preparação da assistência farmacêutica para desastres: um estudo em cinco municípios brasileiros. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3731-3742, set. 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/6bymdg8qRfJCZQr36m-fpk9h/?formatpt>. Acesso em: 31 ago. 2024.

SÃO LEOPOLDO. Prefeitura Municipal. **Notícias**. São Leopoldo, 2024. Disponível em: <https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MANEJO DA DENGUE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA INDÍGENA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Cruz Pereira
Evelyn Boeck dos Santos
Mellissa Ferreira Rabello

Introdução

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), compostos de postos de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan); pelos polos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (CASAI), que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (Brasil, 2004).

A atual atenção à saúde aos povos originários é fruto de movimentos surgidos na década de 1980, pautados na ideia do direito à diferença e do multiculturalismo, e em um modelo que, além da biomedicina, considera formas específicas de atenção à saúde e à doença

usadas pelos diversos povos e comunidades indígenas (Diehl; Pellegrini, 2014). Entretanto, a medicina indígena e suas técnicas de cura foram progressivamente sendo substituídas por práticas e tratamentos oferecidos pela medicina não indígena. Esta mudança vem sendo radicalizada e intensificada na mesma proporção em que se estabelece o contato e a adaptação, dinâmica comum a todo processo cultural (Sacramento, 2017).

Desta forma, é importante conhecer as formas de disseminação dos vírus que acometem essas populações mais vulneráveis, pois quando o critério é a gravidade e a regionalização dos casos, fica evidente que são áreas empobrecidas e com baixo acesso a equipamentos de saneamento básico as mais duramente afetadas. Assim, as condições socioambientais do Brasil tornam-se favoráveis à proliferação do mosquito vetor da dengue, que adapta-se facilmente ao ambiente devido ao maior número de habitantes aglomerados e uma maior quantidade de criadouros artificiais (Sacramento, 2017; Almeida; Cota; Rodrigues, 2020).

Nesse contexto, a dengue é a arbovirose de maior impacto na saúde humana na atualidade, colocando em risco aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas em todo o mundo. O vírus pode ser encontrado em quatro sorotipos diferentes, sendo eles DENV-1,

DENV-2, DENV-3 e DENV-4 e transmitida, habitualmente, pela picada dos mosquitos *A. aegypti*, que se adaptou ao ambiente urbano de áreas altamente populosas de países tropicais e subtropicais, resultando num aumento dramático dos casos de dengue ao longo dos anos e *A. albopictus*, que representa uma potencial ameaça para os países de clima temperado pela sua capacidade de adaptação aos climas mais frios (Sobral; Sobral, 2019; OPAS, 2023; Seixas; Luz; Pinto Junior, 2024).

Em sua maioria, os casos de dengue costumam ser assintomáticos ou ter baixa letalidade, todavia a situação atual na maioria dos países é de hiperendemicidade alternada por epidemias acometendo, principalmente, as faixas etárias mais jovens, o que sobrecarrega os serviços de saúde já deficitários. À vista disso, campanhas de educação em saúde para a conscientização do público em geral e profissionais da área, destacam a importância das medidas preventivas na disseminação de informações sobre a doença, com metas para reduzir riscos de infecção e incidência (Seixas; Luz; Pinto Junior, 2024; Dias, 2024).

Por conseguinte, a capacitação da força de trabalho possui grande relevância para o fortalecimento e alinhamento das condutas frente aos principais problemas de saúde pública como a dengue, visto que o

emprego das equipes em apoio aos gestores locais, seja na assistência ou na gestão à saúde da população, traz impactos positivos no atendimento aos usuários. Esse aprimoramento do processo de aprendizagem no trabalho é considerado um instrumento pedagógico que promove a transformação e o desenvolvimento dos profissionais envolvidos por meio da educação permanente, a qual coloca o educando no centro do processo de ensino-aprendizagem (Vargas, 2022; Ribeiro et al., 2024).

Assim, considera-se fundamental o apoio da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) na organização e execução desses processos, com ênfase nas medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município a fim de reduzir vulnerabilidades (Brasil, 2011; Vargas, 2022).

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo relatar a experiência de enfermeiras residentes voluntárias da FN-SUS na elaboração de estratégias de educação permanente no combate à dengue na atenção primária à saúde indígena durante a Missão Guarita.

Imagem 1 - Enfermeira voluntária realizando acolhimento e triagem.



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024.

Descrição da experiência

A produção deste trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo a partir da vivência de residentes enfermeiras voluntárias da FN-SUS na Missão Guarita no município de Tenente Portela e Redentora, Rio Grande do Sul, Brasil. A duração da experiência foi de aproximadamente 10 dias, sendo que as atividades foram desenvolvidas com carga horária de 12 horas diárias durante os meses de março e abril de 2024, totalizando ao final da missão 120 horas.

A Missão Guarita, composta por uma equipe multiprofissional, sendo seis médicos, seis enfermeiros e um coordenador, objetivou combater o grande número de casos de dengue que surgiram em ambos os municípios citados, além de fortalecer a atenção primária à

saúde indígena e reduzir a lotação dos hospitais locais. Dessa forma, foi elaborado um plano de enfrentamento e estabelecido dois polos-base na Terra Indígena de Guarita, um na Unidade Básica de Saúde Indígena KM 10 (UBSi KM1) no município de Tenente Portela e outro na Unidade Básica de Saúde Indígena Setor Estiva (UBSi Estiva) no município de Redentora, além da unidade de saúde no centro do município de Tenente Portela, a ESF 3. As Terras Indígenas de Guarita possuem cerca de 23 mil hectares e abrigam o maior contingente de população Kaingang no Rio Grande do Sul. São aproximadamente 7,8 mil de um total de 30 mil pessoas da etnia no Estado. Das 19 aldeias existentes na terra indígena, 18 pertencem à etnia Kaingang e uma à Guarani (Rio Grande do Sul, 2023).

Para a efetivação das atividades, a equipe de voluntários da FN-SUS foi dividida entre os três serviços de saúde com equipes compostas por um médico e dois enfermeiros. Além disso, o coordenador da Missão Guarita, juntamente com um médico voluntário, realizavam capacitações sobre o combate à Dengue em outras unidades do território e escolas da região, com material elaborado pelos voluntários. Cabe destacar, que apesar de nem todas as unidades terem recebido as equipes da FN-SUS, todos os profissionais tiveram

a oportunidade de realizar treinamento presencial nas UBSi do KM 10 e Setor Estiva.

Imagem 2 - Elaboração de cartazes para as escolas da Terra Indígena Guarnita.



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024

Ao início da missão, os voluntários conheceram as duas UBSi e suas equipes locais, onde foram bem recepcionados e aguardados, proporcionando diálogos e discussões iniciais referentes às condutas e manejo da Dengue realizados a população do território. Observou-se o engajamento de todos os ouvintes, entretanto a presença e a concordância do profissional enfermeiro aos fatos ditos demonstrou ser uma referência aos seus colegas de trabalho. Além disso, na conversa inicial, manuais e protocolos do Ministério da Saúde (MS) serviram de base para encorajar e evidenciar aos profissionais a importância do enfrentamento ao aumento

de casos de Dengue. Após, definiu-se uma nova rotina e fluxos de atendimentos que estavam deturpados. Assim, os atendimentos dos voluntários aos usuários ocorreram de forma conjunta aos profissionais locais e concomitantemente às outras demandas que chegavam nas unidades para acolhimento.

Imagem 3 - Protocolos do Ministério da Saúde sobre Dengue.



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024.

A abordagem clínica inicial de um caso suspeito de dengue deve ser sempre baseada na avaliação clínica do doente e nos resultados das análises que determinarão em que fase da doença o doente se encontra, se há presença de sinais de alarme (dores abdominais, vômitos persistentes, etc.) e se poderá ser tratado no domi-

cílio ou no hospital. Além disso, na entrevista com o paciente com queixas, o seu histórico deve conter obrigatoriamente informações sobre viagens recentes, com o exame físico detalhado e direcionado para avaliação do estado de consciência, estado de hidratação, estado hemodinâmico, padrão respiratório, dor abdominal (investigação de hepatomegalia e ascite) e presença de hemorragias, com a realização da prova do laço, que objetiva avaliar a presença de fragilidade capilar. Posteriormente, o doente pode ser classificado em três grupos de avaliação: grupo A (tratamento em unidade de saúde ou ambulatório), B (observação ou internamento hospitalar) ou C (serviço de urgência/cuidados intensivos) (Seixas; Luz; Pinto Junior, 2024).

Primeiramente, para a adequação dos processos de trabalho e fluxos de atendimentos, os voluntário da FN-SUS fizeram a impressão de materiais e protocolos do MS, contendo dados sobre sinais vitais, administração de medicações, sinais de alerta, volume de reidratação e orientações sobre a prova do laço, esses foram dispostos em cada uma das salas das UBSi a fim de conduzir de forma ordenada os atendimentos e esclarecimentos de dúvidas tanto do profissional quanto dos usuários, conforme pode ser visto nas imagens abaixo.

Imagem 4 - Enfermeira voluntária orientando punção venosa.



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024.

Ao longo das ações de educação permanente, os técnicos de enfermagem demonstraram muitas dúvidas e receios em relação à punção venosa, coleta de exame de sangue e administração de medicamentos, pois não eram condutas realizadas de maneiras frequente nessas unidades por falta de insumos e capacitações profissionais. Posto isso, os voluntários da FN-SUS, perceberam que a presença do grupo incentivou maiores preocupações com o local de trabalho dos profissionais locais, como a instalação de máquinas de ar-condicionado, e também, maior visibilidade para compra de insumos e medicamentos. Ademais, referentes às dúvidas técnicas de punção venosa e coleta de exames, houve a necessidade de retomar aspectos muito anteriores à prática, com imersão na tecnicidade do procedimento de enfermagem. Assim, os enfermeiros voluntários esclareceram quais as principais redes venosas do corpo hu-

mano, desenhando e utilizando canetas para marcação em seus próprios corpos, explicaram sobre calibres que definem o tamanho da agulha e sua especificidade, e ainda, exemplificaram o método correto e seguro de realização do procedimento.

Imagem 5 - Punção realizada por técnica de enfermagem da UBSi.



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024.

Outrossim, a comunidade indígena apresenta características particulares, como expressões faciais que

transmitem seriedade, diálogos sucintos e postura pa-cata, além de muito respeito e ligação com a natureza e a sabedoria dos anciões. À vista disso, em primeiro momento, a adesão ao tratamento foi dificultosa, assim, os voluntários aplicaram seus esforços em conversas de grupo com a comunidade de moradores locais sobre orientações e medidas de prevenção da dengue, e ain-da, implicaram a participação do cacique, líder do povo indígena, em vídeos para melhor interlocução e enga-jamento na adesão à reidratação oral, a fim de solucio-nar e tratar a desidratação com a reposição de líquidos e eletrólitos. Logo após, verificou-se uma mudança no perfil dos usuários e esse método de tratamento tor-nou-se viável.

Imagem 6 - Soro de reidratação oral fornecido nas UBSi.



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024.

Diante do exposto, de maneira geral, as equipes apresentaram interesse e proatividade durante todo o período da estadia do grupo da FNS-SUS nas UBSi, possibilitando reflexões, discussão de casos com ênfase no manejo clínico, e a partir das ações de educação permanente realizadas, obtiveram a capacidade de relacionar teorias com a prática, oportunizando o pensamento estratégico com as condutas pertinentes de acordo com recursos e insumos disponíveis.

Discussão

A realização da missão Guarita permitiu evidenciar a potencialidade da vivência do trabalho como um espaço de formação e de desenvolvimento de competências para os profissionais de saúde atuantes no território indígena. Ademais, destaca-se as interessantes diferenças culturais e a concepção de trabalho como um espaço de realização e reconhecimento profissional.

O comportamento acolhedor dos indígenas, a atuação qualificada, a postura questionadora e efetiva dos profissionais indígenas de saúde e a presença do enfermeiro sempre à frente do trabalho da equipe, atuando de forma solitária e desempenhando tarefas técnicas diversas, surpreendem a todos. São imagens que contrastam com os estereótipos e representações sobre os

indígenas, com referências e imaginário defasadas da formação acadêmica, os quais foram elaborados antes da plena inserção na missão.

Sobre o exposto, Silva (2014) retrata em seu artigo que uma característica comum a qualquer DSEI é referente às rotinas de atendimento em aldeia que estão diretamente relacionada à participação de enfermeiros e enfermeiras como supervisores, afirmando-os como suporte significativo para a forma como o trabalho desses agentes se desenvolvem no interior das equipes multidisciplinares de saúde indígena, pois são esses seguramente constituem parte importante do cotidiano da assistência básica prestada aos povos indígenas no Brasil.

As demandas técnicas figuram como o maior desafio enfrentado no início do trabalho gerando insegurança, pois o reconhecimento dessa doença entre os povos indígenas deverá reorientar as ações de controle e assistenciais, auxiliando na elaboração de planos de contingência para evitar a reincidência de óbitos nessas populações e possíveis surtos ou epidemias (Sacramento, 2017; Martins, 2017).

A partir das ações de educação permanente, questiona-se sobre barreiras e limitações tanto dos profissionais de saúde indígena, quanto da população que

acessa esses serviços e também referente aos recursos disponíveis. Entende-se que, segundo Landgraf; Imazu; Rosado (2020), essas são características externas ao SUS, pois são barreiras instituídas pelos próprios profissionais que se deparam com seus preconceitos diante do desafio que é pensar fluxos diferenciados de atenção à saúde dos povos indígenas presos a um discurso burocrático e inflexível. Assim sendo, quando o profissional de saúde é despreocupado com os interesses da comunidade na qual atende, acaba por desconhecer suas demandas e necessidades. Essa, por sua vez, identifica o distanciamento e vincula-se a outro serviço de saúde como referência, conseqüentemente, os municípios pressupõem que o envio de insumos e materiais não é necessário, causando o sucateamento de unidades e desassistindo usuários.

Deste modo, cabe destacar o papel da educação permanente em saúde como aprendizagem-trabalho, ocorrendo no cotidiano das pessoas e das instituições com conhecimentos e experiências prévias dos sujeitos, assim, forma-se espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos, com oportunidades para produção de diálogo e cooperação entre os profissionais das áreas. Ademais, com um espaço coletivo, efetivo e acolhedor, a educação permanente tende

a privilegiar a comunidade e suas perspectivas sobre a saúde e serviços com ampliação da capacidade do sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade (Diehl; Pellegrini, 2014).

Conforme Landgraf; Imazu; Rosado (2020), a educação permanente é um espaço para a arte do encontro, além de propiciar aberturas ao reconhecimento e respeito da diferença e uma interculturalidade do fazer-saúde, além de consolidar políticas públicas de reconhecimento e respeito à diferença, bem como, a equidade do SUS. Dessa forma, o grupo de voluntários ao se despedir da experiência em saúde pode refletir a importância do processo de trabalho que foi construído, com a nítida evolução da assistência prestada ao usuário do território indígena, além de assegurar a capacidade de resiliência e superação das dificuldades dos profissionais que viveram e se dedicaram junto ao grupo da FNS-SUS nos 10 dias de missão, os quais se tornaram profissionais seguros, empoderados e encorajados para enfrentamento de adversidades, como nos fluxos de aprendizado que estabeleceram: fizeram seu próprio molde para o instrumento de verificação da prova do laço, tiraram dúvidas sobre sinais vitais, realizaram notificações compulsórias de dengue, prepararam soros de reidratação oral, orientaram e reavaliaram pacientes, e

também, realizaram coletas de exame de sangue, administração de medicamentos e punção venosa para reidratação.

Considerações finais

As estratégias de educação permanente elaboradas pela equipe de voluntários da FN-SUS na Missão Guarita no combate à Dengue foram efetivas e satisfatórias, uma vez que observou-se o crescimento, fortalecimento e apropriação das equipes de saúde das UBSi no atendimento à população indígena, além do conhecimento da importância de medidas de prevenção e promoção à saúde. Ao chegar nas unidades, os voluntários perceberam as equipes assistenciais com o conhecimento débil no atendimento aos casos da arbovirose, além da estrutura física fragilizada para o grande número de pessoas atendidas e poucos insumos e medicamentos para a realização efetiva da assistência. Contudo, as equipes eram proativas, dispostas a aprender e realizar trocas de conhecimentos com os voluntários. Entretanto, sabe-se que a presença da FN-SUS trouxe visibilidade à região e melhora na oferta de insumos e estrutura física.

Para além, pode-se inferir que os pensamentos críticos proporcionados pela educação permanente em

saúde refletiram em mudanças e soluções para o coletivo, uma vez que, ao final da missão os profissionais realizavam atendimentos individuais e de maneira segura das decisões a serem tomadas. Cabe destacar que a construção conjunta de uma atenção primária com bons profissionais impulsiona melhores tomadas de decisões e condutas com trocas que permitem evolução do cuidado em saúde, com valorização profissional e empoderamento.

Imagem 7 - Enfermeira voluntária auxiliando na administração de medicamentos



Fonte: Acervo pessoal das autoras, 2024.

Referências

ALMEIDA, Lorena Sampaio; COTA, Ana Lúcia Soares; RODRIGUES, Diego Freitas. Saneamento, arboviroses e determinantes ambientais: impactos na saúde urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3857-3868, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SYkNjBXG-7JMCJxCjshr7sLB/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

ARAÚJO, Juliana Lima de *et al.* Capacitação em saúde nos desastres: vivência da Força Nacional do Sistema Único de Saúde nos municípios da Bahia. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 15, 2022, Vitória. **Anais [...]** Vitória, Rede Unida, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Força Nacional do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/fn-sus>. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004**. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

DIAS, Renan Italo Rodrigues *et al.* Impacto das medidas de prevenção e promoção da saúde na epidemiologia da dengue no Brasil: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 6, n. 3, p. 1069-1078, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1069-1078>. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1661>. Acesso em: 30 ago. 2024.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cqvrtQcSr9kydJd68PT86Mw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2024.

LANDGRAF, Julia; IMAZU, Nayara Emy; ROSADO, Rosa Maris. Desafios para a educação permanente em saúde indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 24, p. e190166, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190166>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/W6CSspVpPgXKJbb6YyZZxm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2024.

MARTINS, Juliana Cláudia Leal. **O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena**: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Uni-

versidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-29082017-152141/pt-br.php>. Acesso em: 27 ago 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Dengue**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue#:~:text=O%20v%C3%ADrus%20da%20dengue%20%C3%A9,tamb%C3%A9m%20transmitem%20chikungunya%20e%20zika>. Acesso em: 30 ago. 2024.

RIBEIRO, Eliane Rossi *et al.* A contribuição da educação permanente na qualificação do trabalho do profissional de saúde: uma revisão de escopo. **Peer Review**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 29-42, 2024. Disponível em: <https://www.peerw.org/index.php/journals/article/view/1720>. Acesso em: 28 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Comunidade da Terra Indígena Guarita recebe 4 mil cestas básicas em Tenente Portela**. Porto Alegre, 7 mar. 2023. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/comunidade-da-terra-indigena-guarita-recebe=4--mil-cestas-basicas-em-tenente-portela#:~:text=Com%20cerca%20de%2023%20mil,Kaingang%20e%20uma%20%C3%A0%20Guarani>. Acesso em: 27 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Painel de casos de dengue e manejo clínico**. Porto Alegre: SES/RS, 2024. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/dengue/painel_de_casos.htm. Acesso em: 30 ago. 2024.

SACRAMENTO, Rafael Henrique Machado. **Dengue e o Aedes aegypti na população indígena dos Tre-**

membé da aldeia Tapera no Ceará: prevalência, conhecimentos e práticas. 2017. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22684>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SEIXAS, Jorge B. A.; LUZ, Kleber Giovanni; PINTO JUNIOR, Vitor Laerte. Atualização clínica sobre diagnóstico, tratamento e prevenção da dengue. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 37, n. 2, p. 126-135, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/377904401_Atualizacao_Clinica_sobre_Diagnostico_Tratamento_e_Prevencao_da_Dengue. Acesso em: 27 ago. 2024.

SILVA, Cristina Dias da. De improvisos e cuidados: à saúde indígena e ao campo da enfermagem. *In*: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde indígena em perspectiva:** explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 181-212.

SOBRAL, Marcos Felipe Falcão; SOBRAL, Ana Iza Gomes da Penha. Casos de dengue e coleta de lixo urbano: um estudo na Cidade do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1075-1082, 2019. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/casos-de-dengue-e-coleta-de-lixo-urbano-um-estudo-na-cidade-do-recife/16258>. Acesso em: 27 ago. 2024.

VARGAS, Angela Ribeiro *et al.* Apoio na gestão e assistência à saúde em desastres: atuação da Força Nacional do Sistema Único de Saúde nas enchentes da Bahia. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 15, 2022, Vitória. **Anais [...]** Vitória, Rede Unida, 2022.

CALAMIDADE PÚBLICA COMO CAMPO FORMATIVO POSSÍVEL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL EM UM PERÍODO CRÍTICO DE CHEIAS E ENCHENTES.

Priscilla da Silva Lunardelli

Cíntia Menezes Guimarães

Caroline Sousa Rolim

Ana Lúcia Lima Rieth

Edhuarda Jardim dos Santos

Introdução

O Estado do Rio Grande do Sul, vulnerável a eventos climáticos extremos devido a suas características geográficas e climáticas, e agravado por desafios no planejamento urbano e investimentos públicos insuficientes, enfrenta recorrentemente situações de calamidade pública, notadamente cheias e enchentes. As comunidades ribeirinhas, adjacentes aos principais cursos d'água – Lago Guaíba, Rio Uruguai, Rio Jacuí e Rio dos Sinos – historicamente vivenciam tais eventos. Contudo, as inundações de maio de 2024 transcenderam a média histórica, configurando-se como um evento meteorológico de magnitude excepcional. A extensão do

desastre resultou na decretação de estado de emergência ou calamidade pública em 340 dos 497 municípios gaúchos. A região metropolitana de Porto Alegre, em particular, experimentou um impacto sem precedentes, com cidades como Canoas e Eldorado do Sul registrando níveis de inundação inéditos. Estima-se que 2,3 milhões de pessoas, representando aproximadamente 20% da população estadual, foram afetadas (Marengo *et al.*, 2024).

Diante deste cenário crítico, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul emitiu documento intitulado “Informativo de orientações aos residentes, tutores e preceptores da Residência Integrada em Saúde”, que, em seu terceiro parágrafo, orientou a organização de atividades formativas em abrigos provisórios, sob supervisão de tutores, para residentes impossibilitados de acessar seus campos de prática regulares. Desta iniciativa emergiu o Grupo de Trabalho “Calamidade Zona Sul”, composto por uma docente e quatro residentes multiprofissionais, cuja proximidade geográfica facilitou o acesso aos abrigos A, B e C, objetos deste relato. A equipe atuou na organização e na garantia do acesso à saúde para a população desabrigada, integrando ações assistenciais e planejamento estratégico em suas respectivas áreas de formação. Nos abrigos, a complexidade

das necessidades de saúde demandou a priorização da escuta sensível e do acolhimento como estratégias de intervenção. A escuta sensível, alicerçada na empatia e no reconhecimento da integralidade do indivíduo, foi adotada em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011; Barbier 2002).

A Portaria SES nº 405/2022 estabelece a estrutura teórico-prática dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na atuação no SUS. Neste contexto, o Grupo de Trabalho “Calamidade Zona Sul” inseriu-se em três abrigos provisórios, planejando e executando ações de acesso à saúde. A inserção dos residentes, como atividade teórico-prática, possibilitou a integralidade da assistência, conforme preconizado pela Lei 8.080/90 (Brasil, 1990). A análise das experiências práticas das residentes, fundamentada tanto na situação de calamidade pública quanto nos princípios teóricos da Residência Multiprofissional, revela o potencial das emergências climáticas como contextos de aprendizado significativos para residentes multiprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) defina os campos de atuação da saúde pública, a atuação em desastres não é explicitamente abordada. Contudo, o Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima

(Brasil, 2016) e estudos como os de Freitas (2018) e Silva (2019) destacam a responsabilidade do setor saúde na mitigação de danos em tais situações. A preparação do setor saúde para emergências por desastres naturais é crucial para a redução de riscos à saúde da população e a garantia da continuidade dos serviços. A atuação da residência multiprofissional nos abrigos provisórios, alinhada às diretrizes do SUS, fortaleceu a resposta à calamidade, evidenciando a necessidade de aprimoramento dos protocolos de ação e da articulação intersetorial.

O trabalho no campo dos abrigos provisórios

O Abrigo A

Descrição geral: clube social transformado em Abrigo Provisório a pedido da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. O local, de fácil acesso para voluntários e abrigados, marcou a primeira inserção do Grupo de Trabalho “Calamidade Zona Sul” na assistência à saúde dos atingidos pela enchente. Ao chegarmos ao abrigo, estabelecemos contato com a equipe de voluntários responsável pela coordenação, oferecendo nossa colaboração profissional. A coordenação do abrigo estava sob a responsabilidade de membros da associação local, incluindo integrantes da diretoria, e as ações de saúde eram predominantemente gerenciadas por profissionais

com formação superior na área da saúde. No primeiro dia de atuação, procedemos à elaboração de escalas de trabalho, visando atender às demandas apresentadas pela coordenação do abrigo.

A equipe foi estruturada com base nas especialidades profissionais, designando enfermeiras residentes para a cobertura de plantões no posto de enfermagem. As enfermeiras residentes dedicaram-se ao atendimento das necessidades de saúde dos abrigados, à dispensação de medicamentos de uso contínuo e à realização de avaliações e evoluções clínicas. A residente de educação física desenvolveu atividades de recreação, direcionadas principalmente ao público infantojuvenil, mas também abrangendo adultos e idosos.

A docente, em colaboração com a residente de serviço social, coordenou ações de cadastramento, avaliação de vulnerabilidades e relação com a política pública de assistência social. O conjunto de esforços laborais convergiu para o apoio no restabelecimento de vínculos extracomunitários dos abrigados, a orientação para a obtenção de benefícios sociais e o auxílio na confecção de documentos perdidos durante a enchente, bem como na reposição de medicamentos e insumos de saúde extraviados durante a calamidade.

Considerações sobre o potencial do trabalho desenvolvido: nas primeiras semanas após a calamidade pública, houve muitos voluntários disponíveis, provenientes de diversas áreas de formação. As escalas de voluntariado foram organizadas através da criação de Grupos de Trabalho (GTs). A implantação de prontuário virtual, viabilizada por uma doação de um associado do clube, facilitou a gestão e o acompanhamento dos cuidados. Foi providenciado o acolhimento dos animais de estimação dos abrigados. A estrutura física do abrigo era adequada e segura, contando com um parque com brinquedos para crianças e climatização no salão principal onde foi estabelecido o dormitório. O local era arborizado e amplo, tanto interna quanto externamente, contava com uma cozinha bem equipada, onde voluntários preparavam as refeições e gerenciavam a alimentação conforme as doações recebidas.

Desafios vivenciados: a adoção de um modelo de atuação predominantemente biomédico e centrado em consultas parece ter conduzido a uma certa ‘hospitalização’ do atendimento à saúde dos abrigados. A implementação de plantões, embora bem-intencionada, gerou uma dependência excessiva e, em alguns casos, desnecessária da presença contínua de profissio-

nais de saúde no local, em especial de trabalhadores de enfermagem. A gestão das doações, apesar da abundância, enfrentou desafios no controle da distribuição e na prevenção do comércio de itens, levantando questões sobre a otimização dos recursos. A doação irrestrita de medicamentos, incluindo controlados, sugere a necessidade de protocolos mais rigorosos. Observa-se, ainda, uma possível dificuldade em promover o autocuidado, indicando a importância de fortalecer uma cultura de autonomia para os abrigados.

O Abrigo B

Descrição geral: associação recreativa e cultural, adaptada como abrigo provisório exclusivo para mulheres e crianças, operava sob a coordenação de dirigentes, gestores da referida associação. O abrigo, situado em um bairro residencial com acesso limitado devido à escassez de transporte público (uma característica contrastante com a localização centralizada do Abrigo A), recebeu a colaboração da equipe de residentes e docente por um período de dois dias. Durante esse período, foram realizadas atividades de organização de doações (vestuário, materiais de higiene pessoal, roupa de cama e banho), atividades recreativas com as crianças abrigadas (integradas às atividades regulares da associação,

permitindo a interação entre crianças abrigadas e não abrigadas que seguiram sendo atendidas nos programas comunitários existentes) e ações de saúde (avaliação de saúde dos abrigados sob demanda, administração de medicamentos e aferição de sinais vitais).

Ao chegarmos, a coordenação do abrigo já estava estabelecida, e o atendimento à saúde era conduzido por voluntários sem formação ou experiência prévia em saúde pública ou suplementar. A ausência de profissionais de saúde na coordenação ou no atendimento sugere a possível falta de apoio especializado no abrigo. Embora houvesse um espaço designado como ‘sala de atendimento à saúde’, equipado com diversos medicamentos e dispositivos médicos (esfigmomanômetros, estetoscópios, termômetros, nebulizadores, espaçadores, entre outros), observamos apenas atendimentos pontuais realizados por uma profissional voluntária com formação em fisioterapia.

Considerações sobre o potencial do trabalho desenvolvido: oportunidade de atuação em um abrigo com limitada disponibilidade de voluntariado nas áreas de saúde e assistência social revelou-se profícua. A reduzida população abrigada facilitou o estabelecimento de vínculos interpessoais e a resolução de questões

complexas, como a obtenção de auxílios, a emissão de documentos extraviados, a administração de medicações de uso contínuo e a gestão de históricos médicos, desafios estes que se mostraram mais complexos no Abrigo A que era de maior porte. A integração do projeto socioeducativo às atividades do abrigo promoveu a participação ativa dos abrigados. A exclusividade do abrigo para mulheres e crianças proporcionou um ambiente de maior segurança para esses grupos historicamente vulneráveis. A estrutura física dos alojamentos, com espaços reservados, contribuiu para a privacidade e o bem-estar dos abrigados. A comunicação facilitada com a Atenção Primária à Saúde (APS) e o hospital de referência agilizou o fluxo de atendimento. A atuação da equipe caracterizou-se pela fluidez e eficiência. O abrigo também serviu como centro de distribuição de doações para a comunidade circunvizinha.

Desafios vivenciados: o Grupo de Trabalho “Calamidade Zona Sul” foi impedido de acessar a ‘sala de atendimento à saúde’ devido à não autorização da «coordenadora de saúde», cuja ausência de formação na área foi previamente observada. Tal restrição resultou na interrupção das atividades da equipe no abrigo. A organização das escalas de trabalho demonstrou inefi-

ciência, com o casal gestor do abrigo exercendo uma presença quase residencial no local, assumindo todos os turnos e frentes de trabalho. A gestão do excesso de doações revelou-se problemática, com a distribuição e utilização de alguns itens comprometidos, e o armazenamento em um espaço segregado, sem definição clara de destino. A despeito da suficiência das doações para os abrigados, a aceitação contínua de novos itens resultou na expansão descontrolada do estoque. Adicionalmente, observaram-se dificuldades na gestão do espaço e na coordenação dos voluntários”.

O Abrigo C

Descrição geral: abrigo destinado exclusivamente à população idosa com 60 anos ou mais, apresentava localização e acesso facilitados. A gestão compartilhada entre o Estado e o Município, indiretamente realizada por meio dos respectivos conselhos do idoso, era coordenada por uma profissional assistente social vinculada à Federação Internacional da Cruz Vermelha. Inicialmente, a proposta de atuação da equipe consistia na formação de equipes volantes para a identificação e seleção de idosos abrigados em outros espaços, que apresentavam dependência e demandavam cuidados especializados, visando sua realocação para este abrigo.

Diferentemente dos demais abrigos, este contava com a colaboração de voluntários de outros estados, que auxiliaram na organização interna e na gestão do cuidado aos abrigados.

Em consonância com o elevado contingente de voluntários na área da saúde, as residentes, em colaboração com a coordenação do abrigo, direcionaram suas atividades para o suporte administrativo e ações pontuais de assistência à saúde. Paralelamente, a docente elaborou uma proposta de captação de recursos financeiros, visando a manutenção emergencial do abrigo sob o modelo de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Emergência, a ser financiada pelos fundos estadual e municipal do idoso por tempo indeterminado.

Em decorrência do retorno das atividades regulares da residência, a equipe foi convocada a retomar as atividades curriculares da Residência Integrada em Saúde.

Considerações sobre o potencial do trabalho desenvolvido: participação nas etapas de planejamento e construção do Abrigo Emergencial possibilitou a análise de um modelo de gestão colaborativa. A corresponsabilização pública na prestação do atendimento

à população abrigada demonstrou a importância da articulação interinstitucional. A implementação de protocolos definidos conforme a demanda, com fluxos de trabalho estabelecidos e atualizados de forma contínua, evidenciou a eficiência da gestão baseada em evidências. A presença de voluntários de outros estados enriqueceu a diversidade de conhecimentos e práticas no abrigo. A destinação do abrigo para uma população específica permitiu a personalização do atendimento e a otimização dos recursos. A estrutura física do abrigo, com padrão adequado, contribuiu para o bem-estar e a dignidade dos abrigados. A gestão eficiente das doações demonstrou a importância da logística e do planejamento na resposta a emergências.

Desafios vivenciados: uma análise, ainda que breve, da dinâmica operacional revelou a ocorrência de lacunas na comunicação entre a coordenação do serviço e as equipes de trabalho, notadamente aquelas compostas por voluntários. Tais falhas comunicativas impactaram a eficiência da prestação de serviços e evidenciaram a necessidade de implementação de estratégias de comunicação mais eficazes, visando a otimização do fluxo de informações e a coesão das equipes de trabalho.

Considerações finais

O presente relato de experiência sintetiza a atuação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul na garantia do acesso à saúde para a população afetada pela calamidade pública de maio de 2024. Este evento, decorrente de intensas precipitações que culminaram em uma enchente de proporções históricas, demandou uma resposta coordenada e eficaz dos serviços de saúde.

Não obstante os alertas emitidos sobre a iminente cheia histórica do Lago Guaíba, a preparação para o fornecimento de abrigo provisório revelou-se carente de um gerenciamento público efetivo e de um Plano de Contingência estruturado. Consequentemente, observaram-se disparidades significativas na execução do acolhimento e atendimento aos cidadãos desalojados pelo evento climático. Tal cenário evidenciou a necessidade de aprimoramento dos protocolos de resposta a desastres e de uma maior integração entre os diversos atores envolvidos na gestão de crises.

A atuação em três abrigos durante a crise mostrou uma diversidade de desafios e soluções. No Abrigo A, a integração de profissionais de saúde e práticas de acolhimento sensível foi crucial, mas a dependência do modelo biomédico e dos plantões indicou a necessida-

de de promover maior autocuidado e autonomia. No Abrigo B, operar com recursos limitados e a necessidade de coordenação eficaz evidenciaram problemas na gestão de doações e acesso aos serviços de saúde. Já no Abrigo C, a boa coordenação das doações e a atenção à população idosa foram positivas, mas houve dificuldades de comunicação entre a coordenação e as equipes, que interferiram na gestão do atendimento dos desabrigados.

A experiência formativa vivenciada durante a calamidade pública constituiu um campo de prática de inestimável valor para os residentes, proporcionando a aplicação prática de conceitos teóricos da saúde coletiva e enfatizando a relevância da escuta sensível e da abordagem integral na assistência à saúde. As experiências e lições aprendidas neste contexto de crise devem ser incorporadas de forma sistemática nas políticas públicas e nos currículos de formação profissional, visando o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e humanizadas no enfrentamento de desastres e emergências em saúde pública. A análise crítica e a reflexão sobre as práticas adotadas durante a calamidade pública indicam a necessidade de construção de um arcabouço teórico-prático robusto, capaz de orientar futuras ações em situações similares, contribuindo para

a resiliência dos sistemas de saúde e para a proteção da população em contextos de vulnerabilidades ocasionadas por eventos climáticos extremos.

Referências

BARBIER, René. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. **Anais da Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde – FEPECS, SES-G-DF**. Brasília, DF, jul. 2002. Disponível em: <https://doceru.com/doc/1s5e8sn>. Acesso em: 16 ago. 2024.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**: cadernos de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima**: volume 2: estratégias setoriais e temáticas: portaria MMA nº 150, de 10 de maio de 2016. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2016.

FREITAS, Carlos Machado de; MAZOTO, Máira Lopes; ROCHA, Vânia da. **Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018.

MARENGO, José A. et al. O maior desastre climático

do Brasil: chuvas e inundações no estado do Rio Grande do Sul em abril-maio 2024. **Estudos Avançados**, v. 38, n. 112, p. 203-228, 2024.

SILVA, E. L. Políticas públicas na gestão de risco de desastres: um olhar para além da resposta à emergência no Sistema Único de Saúde. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 15, n. 33, p. 91-96, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153351681. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/51681>. Acesso em: 2 jul. 2024.

EXPERIÊNCIAS DA ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA: PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Danielle Celi dos Santos Scholz Pereira
Ana Marcela Sarria de Albuquerque

As emergências climáticas possuem estreita relação com os cuidados em saúde da população, principalmente no que tange às políticas públicas de saúde e a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na construção de estratégias, em suas diferentes áreas de atuação. Nesse contexto, compartilhamos as experiências de cuidado em saúde mental desenvolvidas por meio das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) enquanto ferramentas de acolhimento, promoção e proteção da saúde mental em espaços de acolhida aos desabrigados afetados pela tragédia climática ocorrida no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, entre maio e junho de 2024.

Os problemas relacionados à saúde humana associados a mudanças climáticas podem não ter sua origem necessariamente nas alterações climáticas em si, mas nas alterações ambientais mais amplas decorrentes

delas. Tem-se como exemplos as variações nos regimes de chuvas, tanto em quantidade quanto em intensidade, provocando diversos desastres como enchentes e secas, mudanças no ambiente como a alteração de ecossistemas e de ciclos de biológicos, geográficos e químicos. Nesses contextos pode-se aumentar a incidência de doenças infecciosas, mas também doenças não-transmissíveis, como a desnutrição e sofrimentos psíquicos (OPAS, 2009).

As emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta, pois a vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana decorrente dessas emergências. A atuação da Enfermagem em desastres ambientais representa um contingente significativo dos recursos humanos disponibilizados pelos sistemas de serviços de saúde para iniciar o processo de cuidados em saúde nos diferentes níveis de atenção (Oliveira, 2020).

Apesar disso, ainda há pouca presença de conteúdos a esse respeito na formação desses profissionais, especialmente em regiões com menor incidência de desastres. Os contextos de emergências demandam dos

profissionais uma amplitude de conhecimentos, proatividade e repertório para agir de maneira acolhedora e o mais resolutiva possível em meio à escassez de recursos.

Segundo Habimorad *et al.* (2020) as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde privilegiam atividades terapêuticas com embasamento em diferentes teorias voltadas para os aspectos ambientais e comportamentais do processo saúde-doença, caracterizando-se como estratégias potencialmente interessantes para o enfrentamento dos novos desafios na atenção à saúde. Em relato sobre as respostas aos impactos da ruptura de uma barragem em Brumadinho (MG), Noal *et al.* (2021) descrevem a relevância da utilização das PICS nos atendimentos de saúde, não apenas aos atingidos, mas também como suporte às equipes de trabalhadores e voluntários atuando no local.

O reconhecimento de suas potencialidades no SUS é descrito por Habimorad *et al.* (2020) ao identificarem nessas terapêuticas a integralidade do cuidado através da promoção da saúde, apropriação de técnicas e ferramentas voltadas para o autocuidado e mudança no estilo de vida. Além disso, a identificação por parte da população de muitas das práticas de saúde, enraizadas na cultura popular e religiosa do Brasil, pode ser favorável ao processo de implantação e legitimação destas

terapêuticas.

Conforme Oliveira e Ponte (2019), os movimentos de ampliação da capacitação dos profissionais da saúde pública em PICS e com isso no aumento da oferta desse tipo de atendimento no SUS é constituído a partir da compreensão por parte da sociedade civil e gestores sobre a busca da implementação de práticas e oferta de novos modos de cuidado e promoção de autocuidado, considerando o bem-estar físico, mental e social como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de 2006, é transversal em suas ações no SUS e está presente em todos os níveis de atenção, com atuação prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) e crescimento considerável de suas práticas na média e alta complexidade. Dentre os seus objetivos, se propõe a contribuir com o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em saúde, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no seu uso (Brasil, 2020).

De acordo com a Resolução COFEN nº 739 de 05 de fevereiro de 2024, que normatiza a atuação da Enfermagem nas PICS, suas competências abrangem

fazer uso das ferramentas, conceitos e visão de ser humano integral no acolhimento e atendimento ofertado no cuidado. O desenvolvimento de suas práticas pode ser executado por meio de atendimentos individuais e coletivos, além de proporcionar espaços de formação e ações favoráveis ao aperfeiçoamento e educação permanente, com o intuito de garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem no âmbito das PICS.

Segundo Azevedo *et al.* (2019) os princípios que regem as PICS são congruentes aos conhecimentos científicos estruturadores e de atuação profissional da Enfermagem ao se concentram no ser humano e em suas inter-relações com o meio natural, e não na patologia em si. Além dessa interface, os estudos acerca do panorama em torno do ensino, pesquisa, atividades extensionistas e assistenciais demonstram relevância dos enfermeiros na difusão do conhecimento relativos às práticas integrativas e na inserção de projetos acadêmicos.

Dentre as ações relacionadas ao cuidado em saúde mental ofertadas nos espaços de alojamentos provisórios aos usuários, as PICS fizeram parte das estratégias utilizadas com vistas ao acolhimento de suas demandas singulares, bem como, na promoção e proteção da saúde. Por meio dessa oferta de cuidado identifi-

camos a potência na criação de vínculo e possibilidade de escuta das diferentes situações vividas, os impactos na saúde, em especial na saúde mental e nas possíveis articulações e orientações ofertadas em parceria inter-setorial.

Em relação às contribuições garantidas pelas PICS na abordagem psicossocial, Tesser e Souza (2012) destacam o seu caráter relativamente contra-hegemônico e questionador das práticas biomédicas dominantes, os efeitos ético-políticos almejados em relação ao caráter desmedicalizante na produção de cuidado com vistas a considerar suas relações e contextos com ênfase na emancipação, relações mais dialógicas e participativas. Sua abordagem holística de múltiplas técnicas de cuidado possibilita aos usuários estímulos e vivências reequilibradoras, fomentadores da autocura e emancipação.

Nas experiências relatadas por Oliveira e Ponte (2019) o trabalho desenvolvido com as PICS em saúde mental, demonstra-se como possibilidade viável de cuidado e conta com boa adesão dos usuários e seus familiares. Suas perspectivas e abordagens constituem-se, também, por meio da ampliação de trocas afetivas, de produção de vida e de transformação da maneira como se lida com as adversidades diante da vivência de um so-

frimento psíquico. É ressaltado pelos autores, a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico e a integração do humano com o meio ambiente e a sociedade, características estas, alinhadas com a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

Experiências do cuidar: o encontro entre as PICS e Saúde Mental

As alterações climáticas em curso são um desafio em escala global para a sociedade. Nessa conjuntura as políticas públicas de saúde necessitam promover intervenções de diferentes níveis e perspectivas às populações afetadas e profissionais da saúde responsáveis pela assistência prestada. Os cuidados em saúde mental relativos aos efeitos biopsicossociais devem abranger uma escuta acolhedora aos impactos emocionais e traumas vivenciados pela população atingida, de modo a contribuir com a redução de agravos, cuidado nas diferentes singularidades e estímulo ao potencial de autonomia.

Deste modo, faz-se importante destacar as experiências frente às ações de cuidado desempenhadas como trabalhadora de Enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad III) no município de Porto Alegre na invenção de modos de cuidar em saúde mental, frente às proporções

ainda inéditas dessa tragédia climática na região. Relata-se também a articulação, não prevista, com uma ação interinstitucional com foco nas PICS, implementada em caráter de ação de extensão universitária e com parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Enquanto serviço de saúde mental do município, a organização de trabalho das equipes nos abrigos deu-se diariamente, em turnos manhã e tarde com ofertas de escuta e atenção às demandas de saúde mental de modo multiprofissional. A abordagem por meio das PICS ofertada nos atendimentos foi a Auriculoterapia, buscando atender aos sentimentos, queixas e impactos psicossociais advindos das situações vivenciadas e possíveis situações de sofrimentos psíquicos e clínicos pregressos.

Tendo sua inserção no SUS no ano de 2017, a auriculoterapia gera e propicia um equilíbrio, um efeito homeostático advindo da relação do pavilhão auricular compreendido como um microssistema do organismo, fazendo dessa prática um recurso terapêutico para tratar diversos adoecimentos. O método de tratamento de colocação de sementes na auriculoterapia é um processo simples e um dos mais difundido, consistindo em colocação de na seleção de materiais esféricos de superfície lisa, que realizam pressão sobre os pontos auriculares

identificados (Farias; Silva, 2018).

Os profissionais da enfermagem conforme suas competências de formação estão aptos a desempenharem uma proposta de cuidado mais integral e biopsicossocial, com planos assistenciais em saúde mental que fazem uso das PICS pautados em ofertar estratégias de cuidado não medicamentosas, além da particularidade no desenvolvimento do vínculo que o enfermeiro tem a capacidade de formar, visto suas atribuições na atenção e serviços prestados aos usuários (Kunst, 2020).

Os estudos de Kunst (2020) destacam ainda que pouco se tem falado da atuação do enfermeiro com as PICS nos dispositivos de saúde mental, sendo os CAPS um espaço em grande potencial de crescimento conforme as perspectivas de cuidado da Reforma Psiquiátrica, mas que ainda necessitam de apoio da gestão e das instituições que formam os profissionais e na transformação de desgastes oriundos da falta de recursos materiais e infraestruturais.

No que concerne ao cuidado com os usuários durante as escutas ofertadas na realização das PICS para proteção e promoção de saúde mental, foram relatados constantemente o sentimento de ansiedade e seus efeitos psicossociais em relação aos fatos ocorridos e sua atual situação de desabrigados. Em muitos relatos

encontravam-se famílias que já estavam vivenciando pela terceira vez os efeitos das enchentes em menos de seis meses.

Em contextos de desastres, é comum a necessidade de reestruturação temporária dos serviços de saúde devido aos impactos nos territórios, que afetam inclusive os próprios centros de saúde, como foi o caso nas enchentes de Porto Alegre, outro fenômeno importante é o surgimento de uma diversidade de iniciativas de solidariedade, em diferentes âmbitos institucionais, em resposta aos impactos do desastre (Noal *et al.* 2021).

Foi nesse sentido que ao longo das semanas, deu-se a articulação do CAPS AD III atuando no local junto a ação de extensão universitária SUSStentaPICS, no âmbito da Ação de Enfrentamento às Enchentes com PICS da SES, que mobilizou terapeutas para atuarem em conjunto no alojamento temporário em que ocorreram os atendimentos com PICS aqui relatados. Inicialmente, o foco de tal ação foram os voluntários e trabalhadores atuando na organização de doações e na própria gestão do abrigo.

A outra constante demanda acolhida durante as escutas, que também estava ligada aos sentimentos de angústia e ansiedade, continha relação com seus direitos e benefícios socioassistenciais. Essas questões necessi-

taram de um trabalho intersetorial constante com os dispositivos dos territórios afetados e equipes de gestão dos abrigos.

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto por antecipação de um perigo que poder ser real ou incerto. É uma resposta de alerta natural do organismo, porém pode se tornar patológica quando excessiva, desproporcional, mal adaptativa ou causadora de sofrimento intenso efeitos no âmbito emocional e físico (Noronha *et.al.*, 2020).

Durante o período de cuidado ofertado por meio da auriculoterapia aos usuários que relatavam sentimentos de ansiedade foi possível observar em um primeiro momento a importância do espaço de acolhimento para as histórias de vida e situações vivenciadas durante o período de cheias e suas vivências nos espaços do abrigo. A possibilidade de compartilhar suas angústias e ansiedades e validação desses sentimentos demonstrou repercussão positiva, criando um vínculo que oportunizou um espaço de cuidado singular por meio da auriculoterapia.

A utilização da auriculoterapia enquanto estratégia de proteção e promoção da saúde mental obteve relevante papel no cuidado ofertado a partir das inven-

ções possíveis da prática de enfermeira em saúde mental em um momento de tantas perdas e incertezas para a população atendida. Os recursos das PICS somaram-se a tratamentos que alguns usuários já mantinham, mas também foram à primeira opção para muitas pessoas com a necessidade de alívio de seus sofrimentos e efeitos deletérios do quadro ansioso.

Conforme os estudos de Corrêa *et al.* (2019) da literatura científica acerca dos efeitos da auriculoterapia no tratamento do estresse, da ansiedade e depressão, a auriculoterapia se mostrou efetiva na maioria dos estudos, além da efetividade que a técnica se demonstrou minimamente invasiva, segura, de baixo custo e com demanda de pouco tempo para a aplicação. Destaca-se ainda, que na presente investigação a maioria dos estudos foram realizados em serviços terciários e secundários.

Segundo as pesquisas analisadas, a enfermagem foi a formação de base com maior número de profissionais que aplicaram a intervenção de auriculoterapia nos casos estresse, da ansiedade e depressão. A auriculoterapia enquanto uma prática milenar, aplicada a partir de um raciocínio diagnóstico embasado filosoficamente vai ao encontro dos preceitos de assistência humanizada e integral que fundamenta a prática da enfermagem

em seus fazeres nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, destacando-se pela proximidade com os usuários e potencial ação de difusores das PICS (Corrêa *et al.*, 2019).

Considerações finais

Considerando as particularidades da tragédia climática vivenciada no que concerne o cuidado em saúde mental, a utilização das PICS como estratégias desenvolvidas pela Enfermagem caminha na direção da produção e promoção de saúde de modo integral, rompendo a lógica da medicalização e patologização.

O encontro entre a enfermagem e PICS no campo da saúde mental potencializa os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com práticas voltadas para a produção de autonomia e singularidade no cuidado ofertado aos usuários. Essa perspectiva de atuação foi fundamental na construção cotidiana de oferta de atenção biopsicossocial considerando as diversas demandas oriundas das situações de sofrimento produzidas pela condição de desabrigado dos usuários acompanhados.

Destaco nessa conjuntura, a Auriculoterapia enquanto prática de cuidado que além de sua proposta terapêuticas complementares, atuou como

ferramenta para abertura de oferta a escuta e acolhimento aos usuários em suas diferentes vivências e necessidades de cuidado e promoção da saúde mental.

Referências

AZEVEDO, Cissa *et al.*. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico assistencial. **Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zCtFNpfgPQp-QvKHn9jVJpxD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Monitoramento das PICS no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 739 de 05 de fevereiro de 2024**. Normatiza a atuação da Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-739-de-05-de-fevereiro-de-2024/>. Acesso em: 12 agosto 2024.

CORRÊA, Hérica Pinheiro *et al.* Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/dKhpwmWtWBsLTRvXHNs6Hkh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.

FARIAS, Fátima Terezinha Pelachini; SILVA, Teresa Cristina Gaio da. **Formação para Auriculoterapia para profissionais da atenção básica: Módulo II: Auriculoterapia segundo a reflexologia.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti *et al.*. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 95-405, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GhvcX3KrXxFS5LqsFhpb-VP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

KUNST, Bruno Henriques Zanoni. **Práticas integrativas e complementares em saúde mental realizadas por enfermeiros: scoping review.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://bdta.abcd.usp.br/directbitstream/d7e3ed88-ae9a-41c8-93d7-79ddf754ed7e/TCC_Bruno%20Henriques%20Zanoni%20Kunst.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

NOAL, Débora da Silva *et al.* Desastre da Vale: o desafio do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. espec. 2, p. 353-363, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4063/406376737025/406376737025.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2024.

NORONHA, Luciana Kiehl *et al.* **Guia de auriculoterapia para ansiedade baseado em evidências.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020. Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-ansiedade-06_12_2020.pdf. Acesso em: 28 ago. 2024.

OLIVEIRA, Ingrid Bergma da Silva; PONTE, Amélia Belisa Moutinho da. Práticas integrativas e complementares: experiências na rede de atenção psicossocial de Belém/Pará. **Revista NUFEN**, Belém, v. 11, n. 3, p. 32-44, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n3/a04.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

OLIVEIRA, Wender Antônio. Atuação da enfermagem em emergências de saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Médicas** Disponível em : <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/196/83>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Mudança climática e saúde: um perfil do Brasil.** – Brasília, DF: OPAS; Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://saudepublica.bvs.br/lis/resource/?id=28619> . Acesso em: 12 ago. 2024.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUZA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5SFpKmSb7vsGcmGfBX-CpXRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2024.

SOBRE AS AUTORAS E SOBRE OS AUTORES

Adriana Diniz Vizzoto

Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Alcindo Antônio Ferla

Médico (UFRGS, 1996), doutor em educação (UFRGS, 2002), Professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e cedido para o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Pesquisador visitante sênior do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (ILMD/Fiocruz Amazonas, FAPEAM). Professor e pesquisador em saúde coletiva e educação na saúde em diversas instituições nacionais e internacionais. Membro Titular da Câmara Técnica de Pesquisas do Conselho Nacional de Saúde. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: integralidade em saúde, informação e comunicação em saúde, atenção à saúde, educação permanente em saúde, ensino e educação e saúde, trabalho em saúde, modelagens tecnoassistenciais em saúde e saúde suplementar, cooperação internacional em saúde e educação. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>

Alessandra Bombarda Muller

Doutora e Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialista em Cinesiologia pela UFRGS e em Saúde da Família pelo Hospital Moinhos de Vento, bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Metodista - IPA. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Alessandro Valer

Graduando do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Aline Daud Lima Querino

Enfermeira assistencial/PSF. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC-BA), MBA em Gestão Hospitalar pelo Centro Universitário Internacional (Uninter), pós-graduada em Fitoterapia e Prescrição de Fitoterápicos pela Faculdade Metropolitana de São Paulo.

Aline Marques Acosta

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva UFRGS, com período de Doutorado Sanduiche na University of British Columbia, Okanagan Campus, Canadá. Atualmente é Professora Adjunta da EENFSC/UFRGS.

Amanda Cruz Pereira

Enfermeira. Atualmente, cursa o segundo ano da residência em Saúde Coletiva - Gestão em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, onde desenvolve seu trabalho na Gerência de Gestão de Pessoas.

Ana Caroline Ongaratto de Oliveira

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ana Lúcia Lima Rieth.

Enfermeira. Especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

Ana Paula Barcellos Karolczak

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Mestre em Ciências do Movimento Humano pela UFRGS, especialista em Cinesiologia pela UFRGS e em Acupuntura pelo Colégio Brasileiro de Estudo Sistêmicos (CBES), bacharel em Fisioterapia pela UFSM. Coordenadora do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Ana Paula Cappellari

Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS. Esp. em Educação Permanente de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UFRGS. Bacharel em Saúde Coletiva e em Farmácia pela mesma instituição. Coordenadora da Atenção Primária em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Ana Rita Breier

Doutora em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS. Bacharel em Farmácia pela mesma instituição. Coordenadora do Curso de Farmácia e Prof^ª. dos Cursos de Graduação na Escola de Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Bruna Mengato Dias

Enfermeira e especialista em Atenção ao Paciente Crítico, pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo

Hospitalar Conceição. Atualmente, mestranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS, na linha de pesquisa de Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho, e pós-graduanda nas áreas de Planejamento e Gestão em Saúde, e Enfermagem do Trabalho, pelo sistema DNA PÓS/COFEN.

Caetano Braun Cremonini

Educador Físico no Hospital Sanatório Partenon, Secretaria Estadual de Saúde SES-RS. Doutor em Sociologia pela UFRGS.

Carlise Rigon Dalla Nora

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa (UCP), Porto, Portugal com Dupla titulação pela Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo (EEUSP). Atualmente é Professora Adjunta da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Carolina Medero Rocha Essig

Nutricionista. Sanitarista. Especialista em Saúde Pública pela Fio-cruz/ESP-RS. Mestre em Saúde Coletiva pela UERJ. Tutora e Docente na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Caroline Sousa Rolim

Assistente Social. Residente do Programa de Dermatologia Sanitária da Escola de Saúde Pública.

Cindy Menezes Silva

Enfermeira, especialista em Gerontologia Social pela UFPE, mestradora em Biologia Parasitária pela UFS. Atualmente sou professora do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico no Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Cíntia Menezes Guimarães

Profissional de Educação Física com atuação na área da Saúde Mental. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Edhuarda Jardim dos Santos

Enfermeira. Especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Evelyn Boeck dos Santos

Enfermeira. Coursou a Residência em Atenção ao Paciente Crítico

do Grupo Hospitalar Conceição durante o ano de 2024. Atualmente é enfermeira na Unidade Coronariana Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria.

Fabiana Chiela Ribeiro

Esp. em Preceptoria no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Esp. em Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo. Esp. em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina. Esp. em Assistência Farmacêutica na Farmácia Comunitária pelo Conselho Federal de Farmácia. Bacharel em Farmácia pela Universidade Luterana do Brasil. Diretora da Assistência Farmacêutica da Prefeitura Municipal de São Leopoldo.

Fernanda Carlise Mattioni

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da UFRGS. Atualmente é Professora Adjunta do curso de Saúde Coletiva da EENFSC/UFRGS.

Franciele Souza Santos

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Esp. em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura. Esp. Em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica, e em Saúde Comunitária na modalidade de Residência Multiprofissional, ambos pela Universidade Luterana do Brasil. Bacharel em Farmácia pela mesma instituição. Gerente de Serviços de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Gilberto Barichello

Graduado em Direito pela Unijui/RS e em Economia pela UFSM/RS. Sanitarista pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz/RJ, com pós-graduação em Administração Hospitalar e Negócios em Saúde pela PUC/RS e mestrado em Políticas e Gestão em Saúde pela Universidade de Bologna/Itália. Secretário Adjunto de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (1999 a 2002). Diretor Administrativo e Financeiro do GHC (2003 a 2016). Diretor Geral da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul (2017 a 2020). Diretor da Fundação de Saúde de Canoas (2021 a 2022). Diretor Presidente do GHC desde abril de 2023.

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

Enfermeiro e especialista em Saúde da Família pela UFPel, especialista em Linhas do Cuidado em Enfermagem (Atenção Psicossocial) pela UFSC, especialista em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS, mestre em Ensino na Saúde pela UFCSPA e doutor em Ciências pela UFPel. Atualmente professor do Ensino Básico, Téc-

nico e Tecnológico na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Isabelle Rossatto Cesa

Assistente Social, mestranda em Extensão Rural (PPGExR) e pós-graduanda na Especialização em Estudos de Gênero (PGEEG) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Atua como tutora do Serviço Social na Unopar Anhanguera de Santa Maria/RS.

Jenaína Tres

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência em Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Juliana Brandão de Souza

Bacharel em Enfermagem. Especialista em Urgência e Emergência - FTC Itabuna MBA em Gestão Hospitalar – IBEPEX. Mestre em Enfermagem - UESC. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UESC.

Juliana Nichterwitz Scherer

Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esp. em Redes de Assistência à Saúde pela FIOCRUZ. Bacharel em Biomedicina pela UFRGS. Coordenadora do Curso de Biomedicina e Prof^a. de Graduação e Pós-Graduação na Escola de Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Laura Trevisan Fechner

Farmacêutica pela UFRGS. Residente em Atenção Básica pela ESP/RS.

Letícia Becker Vieira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com período de Doutorado Sanduiche na Universidad de Murcia, Espanha. Atualmente é Professora Adjunta da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFSC/UFRGS) e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf/UFRGS).

Luana Teles de Resende

Medica. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Pós-graduada em Enfermagem em UTI Neonatal e

Pediátrica pela Faculdade Futura. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Doutoranda em Psiquiatria na Universidade de São Paulo (USP). Integrante do Centro de Operações em Emergências - Chuvas Intensas e Inundações no Sul (2024).

Máicon Barbosa da Silva

Advogado (Unisinos, 2015), especialista em direito do trabalho e processo do trabalho (UFRGS, 2019), mestrando em psicologia (FEEVALE, 2023). Diretor Legislativo da Câmara Municipal de Novo Hamburgo (2009-2017). Procurador-geral da Fundação Hospital Centenário (2018-2022). Procurador-geral do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de São Leopoldo (2022-2023). Procurador-geral do Município de São Leopoldo (2023-2024). Tem experiência na área de Direito Público e Privado, especialmente na área cível. Membro integrante do banco de instrutores da Escola de Gestão Pública de São Leopoldo. Atualmente, é gerente jurídico do grupo Hospitalar Conceição/GHC. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8311816801583531>

Marcio Wagner Camatta

Enfermeiro. Mestre e Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva (EENFSC) da UFRGS.

Maria Celeste de Souza da Silva

Pedagoga. Pós-graduada em Gestão e Políticas Públicas pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP). Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul. Integrante do Centro de Operações em Emergências - Chuvas Intensas e Inundações no Sul (2024).

Marina Haase da Costa Franco

Psicóloga, especialista em Intervenção Psicanalítica na Clínica com Crianças e Adolescentes pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Cursando o Diplomado Universitario Internacional Psicología de la Emergencia y Apoyo Humanitario (março a dezembro de 2025), da Asociación Argentina de Salud Mental (AASM - Argentina) com certificação da Universidad Paulo Freire (UPF - Costa Rica). Trabalha na E-Multi da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, do Grupo Hospitalar Conceição - GHC.

Marta Helena Buzati Fert

Enfermeira (UFSM, 1980), Mestre em Políticas Públicas e Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (Universidade de Bolonha, Itália, 2010). Assessora técnica da Direção do GHC e docente do Centro de Educa-

ção Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (Escola GHC). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do Trabalhador, assistência hospitalar, Gestão Hospitalar e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, trabalho em saúde, integralidade em saúde, informação e comunicação em saúde, gestão participativa. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1493243004135580>

Mellissa Ferreira Rabello

Enfermeira. Especialista em Atenção ao Paciente Crítico pelo Grupo Hospitalar Conceição.

Micheli Scolari Rossetto

Enfermeira (URI, 2007), Especialista em Saúde Coletiva (URI, 2008), Mestre em Saúde Coletiva (Ulbra, 2012), Doutoranda em Neurociências (UFRGS, 2024), Assessora da Diretoria de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), integrante do Comitê de Inovação e membro do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS/GHC). Tenho interesse nas áreas de inovação em saúde, educação permanente, atenção primária à saúde e avaliação de tecnologias em saúde, com foco em promover melhorias no cuidado e gestão de doenças crônicas. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3161429193737189>

Murilo Santos de Carvalho

Mestrando em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Especialista em Atenção Básica na modalidade de Residência Multiprofissional e MBA em Gestão de Pessoas pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, bacharel em Fisioterapia pela UNISINOS. Supervisor do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Nadianna Marques

Assistente social, especialista em saúde mental pela residência Multiprofissional UFSM, Especialista em Políticas Públicas pela Universidade do Norte do Paraná, Mestra em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela PUCRS. Atualmente professora na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Priscilla da Silva Lunardelli

Assistente Social com atuação na área de saúde pública e envelhecimento. Docente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul licenciada para exercer o cargo de Vice-presidenta do Sintergs Sindicato. Discente do Mestrado Profissional da Escola GHC.

Priscilla Santos de Moraes

Publicitária e Técnica em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Quelen Tanize Alves da Silva

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (2003), com especialização em Residência Integrada em Saúde pelo Grupo Hospitalar Conceição (2006), especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Pampa (2012) e especialização/MBA em Gestão em Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (2019). Foi gerente de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2013 a 2016), secretária adjunta de Saúde do Município de São Leopoldo (2017) e presidente da Fundação Hospital Centenário de São Leopoldo (2017 a 2019). No Espírito Santo, foi subsecretária de Atenção em Saúde (2019 a 2022). Atualmente é Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0791269795126912>

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter). Pós graduado em Saúde Coletiva - Gestão em Saúde pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Integrante do Centro de Operações em Emergências - Chuvas Intensas e Inundações no Sul (2024).

Rusiner dos Anjos Rehem Ferreira

Bacharel em Enfermagem UESC - Ilhéus - BA. Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro - RJ. Saúde Coletiva: Concentração em Gestão Pública Municipal Instituto de Saúde Coletiva - UFBA Salvador - BA. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UESC.

Sandra Maria Sales Fagundes

Psicóloga (UFRGS, 1980), Especialista em Saúde Comunitária (CSE Murialdo, 1982), Mestra em Educação (UFRGS, 2006). Diretora Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC/MS, 2015 a 2016), Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/MS, 2015); Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2014), Diretora das Ações de Saúde (DAS/SES-RS, 2011 a 2013), Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre (2003-2004), Secretária Municipal de Saúde de Viamão (1998 a 2002), coordenadora da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da SES-RS

(1987-1991), professora convidada da Maestria em Salud Mental - Universidad Nacional de Córdoba - Argentina. Psicanalista do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA) e integrante das Comissões Científica e Ubuntu da SBPdePA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva, atuando principalmente com os seguintes temas: políticas públicas de saúde, gestão de sistemas e serviços de saúde, gestão do cuidado, saúde mental coletiva, reforma psiquiátrica, educação permanente, pedagogia da implicação, integralidade e constituição de redes de atenção à saúde. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5749943743408689>

Sônia Beatriz Cócaro de Souza

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul Mestrado em Ciências Biológicas: fisiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Ciências Médicas - Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é Professora Titular da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva (EENFSC) da UFRGS.

Sthefani Amaral Grudginski

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Feevale. Pós-graduada em Saúde Coletiva - Gestão em Saúde pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Apoiadora Regional de Planejamento no SUS - Ministério da Saúde. Integrante do Centro de Operações em Emergências - Chuvas Intensas e Inundações no Sul (2024).

Taciane Duarte

Psicóloga, Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Tercília Maria Sousa Soares

Enfermeira paca/PSF Itabuna/BA. Enfermeira assistencial prefeitura municipal de Eunápolis – BA. Mestre em enfermagem pela universidade estadual de santa cruz Especialista em atenção básica com ênfase em saúde pública. Especialista em enfermagem em emergência pela Cesupi- Faculdade de Ilheus. Especialista em gestão pública de saúde pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Especialista em mediação de processos digitais pela faculdade são Leopoldo Mandic. Preceptora do PET equidade da universidade estadual de santa cruz UESC. Tutora da residência multiprofissional em saúde da família pela universidade estadual de santa cruz UESC.

Thaís Botelho da Silva

Fisioterapeuta, Sanitarista no Hospital Sanatório Partenon, Secre-

taria Estadual de Saúde SES-RS. Mestra em Saúde Coletiva pela UFRGS. Tutora da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Thais Marcela da Silva Pereira

Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Vania Celina Dezoti Micheletti

Enfermeira e Doutora em Ciências Pneumológicas, Especialista em Saúde Pública e Gestão em Saúde. Docente no Mestrado em Saúde Coletiva, na graduação, Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) e tutora nas residências da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Tutora na residência da Escola de Saúde Pública/RS (ESP/RS). Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Vera Lúcia Pasini

Psicóloga; Mestre e Doutora em Psicologia Social pela PUC/RS; Docente do Curso de Psicologia da UFRGS, Tutora do Núcleo de Psicologia no Programa de Residência Integrada em Saúde de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; em 2024.

Vitória Francisco

Bacharela em Serviço Social pela PUC-RS, Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Promotora de Saúde da População Negra pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Wanessa Hellen Serrão Moura

Enfermeira formada pela Universidade Estadual do Pará, especialista em Atenção ao Paciente Crítico, pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Estácio de Sá e em Auditoria em Serviços de Saúde pelo sistema DNA PÓS/ COFEN. Atualmente, enfermeira assistencial no setor de hemodinâmica do Hospital São Lucas da PUCRS.

O Sistema Único de Saúde, compreendido como o maior sistema de saúde pública do mundo, desenvolve ações em diferentes perspectivas. Este livro reúne as produções de um conjunto de trabalhadores que se dedicaram a pensar sobre a experiências de desastres a partir de seus campos de prática na saúde. Os capítulos que se apresentam são produto do exercício da reflexão de diferentes atores que, a partir de uma variedade de perspectivas teórico - metodológicas, abordagens e técnicas de investigação priorizaram articular a produção em saúde às emergências vividas nestes tempos.

A proposta desta publicação, realizada pelos organizadores Cássio Andrade Machado (Técnico em Educação – GHC), Cecília Biasibetti Soster (Enfermeira – GHC) e Eli-sandro Rodrigues (Técnico em Educação – GHC), foi a de elaborar a experiência vivida, articulando diferentes visões e reflexividades com vistas à problematização do contexto de vida e trabalho. Este livro é resultado da cooperação construída entre atores da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (COREMU/GHC) e da Associação da Rede Unida (Rede Unida). Para fins desta publicação, realizou-se uma chamada pública para seleção de textos por meio de edital público COREMU-GHC/RE-DEUNIDA Nº 1 e 2 de 2024.

Busca-se aqui, dar visibilidade e compartilhar ações de profissionais de saúde em situações de Emergências em Saúde tendo o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de extrema relevância para o enfrentamento dos contextos de crise.



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

