

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**IVANA TREVISAN**

**GESTÃO DO DESASTRE DE SANTA MARIA:  
legados em um hospital universitário**

**Porto Alegre  
2015**

**IVANA TREVISAN**

**GESTÃO DO DESASTRE DE SANTA MARIA:**

**legados em um hospital universitário**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Políticas e práticas em saúde e enfermagem

**Linha de pesquisa:** Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Rigatto Witt

**Porto Alegre  
2015**

## CIP - Catalogação na Publicação

Trevisan, Ivana

Gestão do desastre de Santa Maria: legados em um hospital universitário / Ivana Trevisan. -- 2015.  
103 f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Desastres. 2. Administração de desastres. 3. Planejamento em desastres. 4. Gestão hospitalar. I. Witt, Regina Rigatto, orient. II. Título.

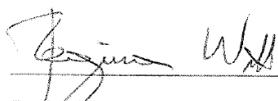
IVANA TREVISAN

Gestão do Desastre de Santa Maria: Legados Em Um Hospital Universitário.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de junho de 2015.

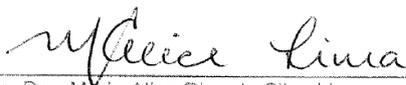
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

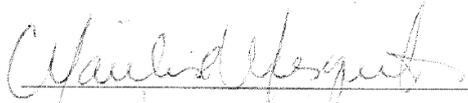
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro da banca

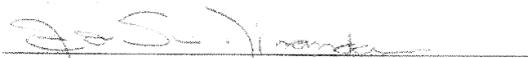
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marilise Oliveira Mesquita

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Elaine Miranda

Membro da banca

Universidade Federal Fluminense/RJ

*Em memória de Daiane Antonioli, amiga  
querida que nos assiste com sua luz e seu amor.*

## AGRADECIMENTOS

A quem sempre está comigo, onde quer que eu vá, que faz com que cada dia seja especial e belo, me dá forças para entender a morte de perto, e tratar cada vez melhor as pessoas, servir mais que ser servida, **Deus**, obrigada!

À minha tão especial, orientadora professora **Regina Rigatto Witt**. Obrigada por, além de orientar esta pesquisa, me compreender no meio de tantos momentos novos. Dedico todo este trabalho a ti, pessoa de fibra, inteligente, motivadora, querida, obrigada por me entender, ser um ombro amigo para os meus desabafos, angústias e alegrias. É um exemplo a ser seguido e teus ensinamentos serão eternos.

À **Universidade de Federal do Rio Grande do Sul**, pelo ensino público de qualidade, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a todos os “profes”, pois ao longo desta jornada muitos foram os ensinamentos, aprendi muito mais do que pesquisa em saúde, cresci como pessoa, ser humano e profissional, que tem a vocação de, além cuidar do próximo, construir o conhecimento em enfermagem.

Às Professoras **Maria Alice Dias da Silva Lima**, **Elaine Silva Miranda** e **Marilise de Oliveira Mesquita**, integrantes da banca de defesa, pela participação e contribuição para o desenvolvimento deste estudo.

Ao **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, pelo incentivo, em especial às minhas colegas **enfermeiras do Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA)**, pelas trocas e auxílios nas conciliações de horários.

Aos meus pais, pois os amo mais do que tudo neste mundo, **Ivan** e **Maxcemira Trevisan**, ao amor incondicional que me dá forças para lutar no meu dia a dia, crescer, ser feliz, aproveitar as oportunidades, obrigada por cada dia, cada carinho, cada recado, cada ligação, mesmo longe, sempre sinto vocês perto!!

Ao **Ivan Rodrigo**, meu irmão, amigo e companheiro de minha infância, pelas tantas brincadeiras e risadas, meu parceiro de todos os momentos. A **Iava Larissa**, minha irmã, apensar das nossas tantas diferenças, me tem como exemplo. Amo meus dois irmãos e obrigada por fazerem parte da minha vida.

Às colegas e hoje amigas, quantas emoções, sentimentos, momentos marcantes, medos, alguns arrependimentos, mas muitas alegrias, muita esperança e muitos foram os gestos de amor. Já com saudades: **Carla Becker Kottwitz Bierhals**, **Andressa da Silva Behenck**, **Mariana Timmers**, **Andrea Bandeira**, **Naiana Oliveira**, **Ângela Enderle**

**Candaten, Beatriz Belem Buendgens**, amigas e companheiras. Nossa amizade é abençoada por Deus, por isso será eterna. Adoro vocês!

Aos amigos que, mesmo longe, sempre me motivaram a continuar, a seguir em frente.

Ao **Cleiton Buligon**, pessoa especial, que esteve do meu lado, desde a seleção do mestrado, aceitou minhas ausências, levou-me na rodoviária muitas de vezes de madrugada, e esteve comigo nos meus tantos dias de *stress*, alegria, conquistas. Um dia recompensaremos estes momentos afastados. Te amo! Obrigada!

Pessoas que estiveram à minha volta estes últimos anos, ao meu lado nestes últimos tempos, mais que meus pais, irmãos, parentes, vizinhos... Colegas de trabalho, amigos, pessoas especiais, que fizeram com que Porto Alegre parecesse mais com Sobradinho, se tornando uma nova morada para mim.

Enfim, a todos aqueles que colaboraram para a conclusão desta etapa, seja com uma palavra, uma oração, uma dica, cada dia foi único e especial, em cada minuto desta caminhada cresci como ser humano, valorizando as pequenas coisas da vida, dando valor a outras que antes eram insignificantes, só tenho a agradecer a todos que estiveram perto de mim, e também àqueles que estiveram longe, mas ao mesmo tempo perto.

Acredito que Deus é misericordioso, sinto-me privilegiada por ele ter colocado tantas pessoas maravilhosas na minha vida, minha gratidão será eterna por todos. Terei tempo certo e lugar adequado para colocar em prática tudo o que aprendi, pois com certeza tudo será de grande valia.

*“Não se sabe... Uma vez passa uma avalanche e não morre uma mosca... Outras vezes senta uma mosca e desaba uma cidade”.*

(Mário Quintana, 1948, p. 174)

## RESUMO

TREVISAN, Ivana. **Gestão do desastre de Santa Maria**: legados em um hospital universitário. Porto Alegre, 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Este estudo teve como objetivo identificar e descrever os legados para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre do atendimento às vítimas do incêndio ocorrido na Boate Kiss no município de Santa Maria no ano de 2013. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas sequenciais. A primeira foi realizada por meio de entrevistas e a segunda, de consulta a documentos. A amostra foi escolhida por seleção intencional, pela técnica de *snowball*. Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que atuavam na Comissão de Rotinas em Emergências e Catástrofes com envolvimento no gerenciamento da situação e o tempo de trabalho de, no mínimo 18 meses. Estes indicaram outros, resultando em dezessete entrevistados, os quais indicaram os documentos consultados. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo do tipo temático. Da análise emergiram duas categorias: Impactos do desastre na gestão do hospital e Legados um hospital universitário: repercussões na gerência e na assistência. Os impactos foram evidenciados na gestão dos recursos humanos, com capacitações e treinamentos na gestão dos recursos materiais e físicos. Os legados foram classificados como tangíveis e intangíveis. Os primeiros foram o Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas, o uso de novas tecnologias, e a produção científica. Como legados intangíveis foram relacionados o espírito de equipe e solidariedade e o aprendizado e a experiência vivenciada. Os resultados deste estudo confirmam a hipótese de que a aprendizagem sobre a gestão de risco acontece a partir de eventos vivenciados pelas instituições de saúde, cujo legado reflete-se na qualificação do planejamento e do atendimento em situação de desastres. Também contribuem para a cultura da gestão de risco, pois evidenciam medidas que devem ser tomadas pelas instituições hospitalares no preparo para o atendimento em situações de desastre.

**Palavras-chave:** Desastres. Administração de desastres. Planejamento em desastres. Gestão hospitalar.

## ABSTRACT

TREVISAN, Ivana. **Management of disaster Santa Maria: legacy in a university hospital.** Porto Alegre, 2015. 103 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

This study aimed to identify and describe the legacy to Porto Alegre Clinical Hospital of care to victims of fire at the Kiss nightclub in Santa Maria in 2013. It is a research with a qualitative approach of a case study. Data collection was conducted in two sequential steps. The first was carried out through interviews and the second, documental consultation. The sampling was chosen by intentional selection, using *snowball technique*. Were invited to participate in the research professionals who worked on Routine Commission on Emergencies and Disasters and that had involvement in the managing of the situation, with working experience of 18 months at least. These people indicated other ones, resulting in seventeen respondents, which indicated the documents consulted. Data were analyzed using thematic content analysis. From analysis emerged two categories: Disaster impacts on hospital management and Legacy a university hospital: repercussions in management and assistance. The impacts were evidenced in the management of human resources, with capacitating and training in the management of material and physical resources. The legacies were classified both as tangible and intangible. The first ones were the Institutional Plan of Support for External Disasters, the use of new technologies and scientific production. As intangible legacies were related team spirit, solidarity, learning and the lived experience. The results of this study confirm the assumption that learning about risk management emerges from events experience by health institutions, whose legacy is reflected in planning and service qualification from disaster situations. The results also contribute to the culture of risk management, because the evidence measures to be taken by the hospitals to prepare for treatment in disaster situations.

**Keywords:** Disasters. Disaster's administration. Planning in disasters. Hospital management.

## RESUMEN

TREVISAN, Ivana. **Gestión de desastres Santa Maria:** legados para el hospital universitario. Porto Alegre, 2015. 103 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Este estudio ha tenido como objetivo identificar y describir los legados para el Hospital de Clínicas de Porto Alegre de la atención a las víctimas del incendio en la discoteca Kiss en Santa María en el año de 2013. Se trata de una investigación con abordaje cualitativa del tipo estudio de caso. La recolección de datos fue desarrollada en dos etapas secuenciales. La primera fue realizada por medio de entrevistas y la segunda, de consulta a documentos. La muestra fue elegida por selección intencional, por la técnica de *snowball*. Fueron invitados a participar de la investigación los profesionales que actúan en la Comisión de Rutinas en Emergencias y Catástrofes con involucramiento en el gerenciamiento de la situación y el tiempo de trabajo de al menos 18 meses. Estos indicaron otros, resultando en diecisiete entrevistados, los cuales indicaron los documentos consultados. Los datos fueron analizados por medio de análisis de contenido del tipo temático. Del análisis surgieron dos categorías: Efectos de los desastres en la gestión hospitalaria y Legado de un hospital universitario: implicaciones para la gestión y asistencia. Los impactos fueron evidenciados en la gestión de los recursos humanos, con capacitaciones y entrenamientos, en la gestión de los recursos materiales, y físicos. Los legados fueron clasificados como materiales e inmateriales. Los primeros fueron el Plano Institucional de Apoyo a Catástrofes Externas, el uso de nuevas tecnologías, y la producción científica. Como legados inmateriales fueron relacionados el espíritu de equipo y la solidaridad y el aprendizaje y la experiencia vivenciada. Los resultados de este estudio confirman la suposición de que el aprendizaje sobre la gestión de riesgo ocurre a partir de eventos vivenciados por las instituciones de salud, cuyo legado se refleja en la cualificación de la planificación y de la atención en situación de desastres. También contribuyen para la cultura de la gestión de riesgo, pues evidencian medidas que deben ser tomadas por las instituciones hospitalarias en el preparo para el atendimento en situaciones de desastre.

**Palabras clave:** Desastres. Administración de desastres. Planificación de desastres. Gestión hospitalaria.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos sujeitos, segundo profissão e sexo .....	37
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária .....	38
<b>Tabela 3</b> - Caracterização dos sujeitos participantes segundo titulação, tempo de formados, tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho no setor atual .....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Administração Central

BC – Bloco Cirúrgico

CBPR – Corpo de Bombeiros do Paraná

CCA – Centro Cirúrgico Ambulatorial

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPED/RS – Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres no Rio Grande do Sul

CID – Classificação Internacional de Doenças

CME – Centro de Material e Esterilização

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMPESQ – Comissão de Pesquisa

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CREC – Comissão de Respostas em Emergências e Catástrofes

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DC – Defesa Civil

DLA – Coordenação da Distribuição Leitos e Atendimento

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DVI – Disaster Victim Identification

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorpórea

EENF – Escola de Enfermagem

EIRD – Estratégia Internacional para a Redução de Desastres

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

FIFA – Federação Internacional de Futebol

GENF – Grupo de Enfermagem

GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

H1N1 – Vírus Influenza A

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HE – Hora Extra

HPS – Hospital de Pronto Socorro

IMV – Incidentes com Múltiplas Vítimas  
JCI – Joint Commission International  
MAH – Marco de Ação de Hyogo  
NIR – Núcleo Interno de Regulação de Leitos  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
PNPDC – Política Nacional de Proteção e Defesa Civil  
POA – Município de Porto Alegre  
RH – Recursos Humanos  
RP – Relações Públicas  
RS – Estado do Rio Grande do Sul  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SARA - Síndrome da Angústia Respiratória Aguda  
SBAIT – Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Trauma  
SETI – Serviço de Terapia Intensiva  
SIATE - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência  
SINDEC – Sistema Nacional de Defesa Civil  
SM – Município de Santa Maria  
SR – Sala de Recuperação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TI – Terapia Intensiva  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UCC – Unidade de Cuidados Cardíacos  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UI – Unidade de Internação  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
UTIPE – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica  
UV – Unidade Vascular  
VM – Ventilação Mecânica  
VPA – Vice Presidência Administrativa  
VPM – Vice Presidência Médica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
3.1	GESTÃO DE DESASTRES.....	23
<b>3.1.1</b>	<b>Classificação dos desastres</b> .....	24
3.2	OS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS.....	25
3.3	LEGADOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE.....	27
3.4	IMPACTOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE .....	29
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	31
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	31
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	32
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	33
4.4	COLETA DE DADOS .....	33
<b>4.4.1</b>	<b>Entrevistas</b> .....	33
<b>4.4.2</b>	<b>Consulta de documentos</b> .....	34
4.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	35
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	35
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
5.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES .....	37
5.2	IMPACTOS DO DESASTRE NA GESTÃO DO HOSPITAL .....	39
<b>5.2.1</b>	<b>A gestão das equipes multiprofissionais no atendimento as vítimas</b> .....	39
5.2.1.1	Capacitações e treinamentos.....	46
<b>5.2.2</b>	<b>A gestão interna e externa dos recursos materiais</b> .....	49
<b>5.2.3</b>	<b>Gestão dos recursos físicos: o desafio de disponibilizar leitos</b> .....	56
5.3	LEGADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: REPERCUSSÕES NA GERÊNCIA E NA ASSISTÊNCIA .....	60
<b>5.3.1</b>	<b>Legados tangíveis: preparando o hospital para o atendimento em situações de desastre</b> .....	61
5.3.1.1	Plano institucional de apoio a catástrofes externas .....	61

5.3.1.2	Novas tecnologias.....	77
5.3.1.3	Produções científicas .....	79
<b>5.3.2</b>	<b>Legados intangíveis: percepções dos gestores .....</b>	<b>80</b>
5.3.2.1	Espírito de equipe e solidariedade .....	80
5.3.2.2	Aprendizado e a experiência vivenciada .....	82
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados aos profissionais.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista com</b> <b>profissionais.....</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os desastres têm características amplas e variadas, sendo normalmente súbitos e inesperados, de uma gravidade e magnitude capaz de produzir diversos danos e prejuízos. Nas últimas décadas, o número de registros de desastres em várias partes do mundo vem aumentando consideravelmente, tanto em frequência, quanto em gravidade e intensidade, trazendo, dentre as consequências, inúmeras vítimas. Tal situação acarreta uma demanda nos serviços de saúde, pois estas vítimas são encaminhadas às emergências das instituições de saúde. Para isso, tem-se exigido cada vez mais o preparo dos serviços.

A *Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres* (EIRD) relaciona o termo “desastre” como uma interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas e ambientais, tendo como característica exceder a capacidade de resposta do governo local utilizando seus próprios recursos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004). Desastre também é conceituado como resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais. A intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do evento adverso e a vulnerabilidade do sistema, e é quantificada em função de danos e prejuízos (BRASIL, 2007).

A gestão de desastres é um tema que vem ganhando destaque nas políticas das organizações internacionais. Neste sentido a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) tem atuado na organização e cooperação com os países nos preparativos para as situações de emergência, na coordenação de socorro em casos de desastres e no controle das doenças transmissíveis (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, historicamente, a preparação e a resposta a desastres concentram-se no âmbito das ações da Defesa Civil (DC). Em 2012 foi promulgada uma nova Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDC), por meio da Lei 12.6082, que define que a União, estados e municípios têm deveres na adoção de medidas necessárias à redução dos riscos de desastres. A PNPDC define também a articulação de diversos setores, entre os quais a saúde, na preparação e na resposta aos desastres (BRASIL, 2012a).

Segundo essa política, o gerenciamento de riscos e de desastres deve ser focado nas ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação e demais políticas setoriais, com o propósito de garantir a promoção do desenvolvimento sustentável. Esta política tem como finalidade determinar que compete à Defesa Civil, em circunstâncias de

desastre, garantir o direito natural à vida e à incolumidade, sendo formalmente reconhecida pela Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2012a).

Essa política está baseada em estudos epidemiológicos, que evidenciaram que, durante o último século, os desastres naturais produziram danos muito superiores aos provocados pelas guerras. De forma semelhante, os desastres antropogênicos acontecem de forma cada vez mais intensa, em função de um desenvolvimento econômico e tecnológico pouco atento aos padrões de segurança da sociedade.

A gestão de risco de desastres compreende um conjunto de decisões administrativas, de organização e conhecimentos operacionais desenvolvidos pelas sociedades e comunidades para implementar políticas, estratégias e fortalecer suas capacidades, a fim de reduzir o impacto de ameaças naturais e de desastres ambientais e tecnológicos consequentes (ONU, 2004).

Na área da saúde, no Brasil, a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal (BRASIL, 2011).

Dentre as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, destaca-se o inciso I, que traz a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, dentre outras; III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; e o inciso X relata a articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada (BRASIL, 2011, *passim*).

Dentre os diversos componentes que constituem a Rede de Atenção às Urgências estão as unidades hospitalares, constituídas pelas “Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e, pelas linhas de cuidados prioritárias”. (BRASIL, 2011).

Para esses serviços, o atendimento das situações de desastres, em suas diversas formas de manifestação, coloca-se como um desafio, em especial para as instituições hospitalares,

que precisam estar qualificadas para atender o aumento da demanda de atendimento, além de serem serviços essenciais que precisam continuar com o funcionamento de seus processos internos e externos.

Durante os últimos anos, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) mobilizou-se para o atendimento a múltiplas vítimas. Em 2009, durante a pandemia A (H1N1), embora não integrasse a lista oficial do Ministério da Saúde para situações de emergência, ocorreu a centralização neste hospital universitário, referência no Estado do Rio Grande do Sul na assistência de alta complexidade à saúde, na formação de recursos humanos e desenvolvimento de pesquisas. Naquele momento o HCPA ganhou destaque pelas estratégias adotadas por seus gestores, visando suprir as necessidades de atendimento (BRASIL, 2009), o que foi considerado para o desenvolvimento desta pesquisa.

A constatação da posição estratégica dos hospitais universitários para este estudo se dá por se constituírem núcleos integrados das redes de cuidado no SUS, e por sua natureza, como meio de formação profissional e de articulação da gestão dos processos e organização do trabalho. No caso do HCPA, diante dos acontecimentos vivenciados, a grande probabilidade de traumas e acidentes relacionados às manifestações sociais, as situações de desastres ocasionadas pela alta concentração de pessoas nos eventos de massa que ocorrem na capital gaúcha e região metropolitana, todos estes fatores trazem impacto no sistema de serviços de saúde, e destacam esta instituição como referência frente a estes atendimentos.

Os impactos de grandes eventos que permanecem no longo prazo são comumente classificados como legados, termo vinculado a um impacto cujo resultado permanece por um longo período (caráter permanente) e não necessariamente tem aspecto positivo/benéfico (BRASIL, 2013). Exemplo disso é a identificação da viabilidade de aprimorar os projetos de planos de contingência, permitindo a constante correção dos procedimentos, de modo a apresentar adequações a serem implementadas. Quando de ocorrência real, é um dos processos que ocorrem nas instituições de saúde após um atendimento a múltiplas vítimas.

Em janeiro de 2013, ocorreu um desastre de grande importância, o incêndio da Boate Kiss, localizada no Município de Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul. Esse evento teve 242 vítimas fatais e 116 pessoas feridas, e foi classificado como o maior do estado e a quinta maior tragédia da história do Brasil, sendo a de maior número de mortos nos últimos 50 anos no Brasil e o terceiro maior desastre em casas noturnas no mundo. Foi o segundo maior incêndio em número de vítimas fatais e feridos do mundo ocorrido em uma boate. Outros incêndios semelhantes foram o incêndio na casa noturna Coconut Grove, em Boston, nos EUA, em 1942, com 492 mortes (SAFFLE, 1993) e a danceteria República de

Cromañon, em Buenos Aires, na Argentina, em 2004, com 193 mortes (KORTANJE, 2006). Para ambos os casos está relatada a possibilidade de avanço em alguns aspectos do cuidado em saúde, como o tratamento de queimaduras e de complicações por inalação de fumaça.

O motivo do sinistro em Santa Maria foi um artefato utilizado para uso externo, que solta faíscas, tendo alcançado o teto da boate e causando o incêndio. A espuma usada em isolamento acústico liberou o gás cianeto, que foi apontado por um laudo técnico como a causa da morte da maioria das pessoas pois resulta em privação de oxigênio para as células. A morte acontece por parada cardíaca e respiratória, uma vez que o cérebro e o coração são órgãos vitais, que dependem de muito oxigênio (REMIÃO, 2003).

Foram encaminhadas ao HCPA 18 destas vítimas. Nesta pesquisa foi estudado o legado para um hospital universitário do atendimento destas vítimas. Este estudo foi desenvolvido no contexto do Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres no Rio Grande do Sul (CEPED/RS), um núcleo interdisciplinar vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que atua nas pesquisas e estudos dos desastres naturais e antropogênicos e sua dinâmica. Desenvolve atividades englobando ensino, pesquisa e extensão, serve como articulador entre diversos órgãos ligados ao tema dos desastres no Rio Grande do Sul e o corpo acadêmico da UFRGS.

Neste estudo, a abordagem às emergências de saúde pública se deu pela experiência vivida após o atendimento a múltiplas vítimas de queimaduras do desastre, atendidas no referido hospital. Com isso, o interesse pelo tema, que surgiu a partir de observações da atuação cotidiana do profissional da saúde no âmbito hospitalar, resultou na elaboração desta pesquisa na perspectiva da visão como enfermeira frente a estas situações.

A opção por essa instituição de saúde justifica-se pela posição estratégica do hospital universitário como núcleo integrado da rede de cuidados do SUS, além de possuir ampla abrangência de assistência à saúde no município e região, com vasta cobertura do atendimento hospitalar, sendo um hospital de referência no Estado do Rio Grande do Sul.

Existem evidências de que a aprendizagem sobre a gestão de risco acontece a partir de eventos vivenciados pelas instituições de saúde, cujo legado reflete-se na qualificação do planejamento e do atendimento em situação de desastres (SANTOS, 2012). Percebe-se que eventos desta natureza exigem capacidade de adaptação e mobilização institucional, bem como solidariedade, respeito e dedicação no processo de cuidado. As adequações gerenciais e assistenciais implementadas agregadas a um trabalho em equipe visam possibilitar cuidado de excelência e o estabelecimento de vínculos para amenizar a dor dos pacientes e suas famílias.

Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade da ocorrência de eventos inesperados, que se constituem situações de emergência públicas em saúde, tais como a epidemia de doenças infectocontagiosas, desastres ambientais, ameaças químicas ou radionucleares, fatores de risco com potencial de propagação de doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), com reflexos nos sistemas de serviços de saúde. Investigar as transformações e processos de planejamento, visando aprimorar os serviços, com projetos de planos de contingência eficientes e eficazes, tem grande relevância para se alcançar uma assistência segura e de qualidade, além de trazer benefícios para os atores envolvidos neste processo, os usuários, os profissionais de saúde e os gestores dos serviços de saúde. A constatação desses processos se constitui nos legados para a instituição de saúde envolvida. Esses legados têm importância significativa devido à possibilidade de transferência para outras instituições no atendimento de situações similares.

O legado em saúde tem sido investigado em eventos de massa, tais como eventos esportivos. Uma constatação obtida por interpretações comparativas entre fontes do exterior, refere-se ao uso extensivo de boas práticas, ou seja, opções de gestão ou de procedimentos técnicos que se tornam modelo para atividades diversas das originais, como metodologia para se analisar legados (DaCOSTA; MIRAGAYA, 2008). Porém, para os incidentes com múltiplas vítimas e para os desastres, os estudos não abordam diretamente o tema sobre legado, assim sendo, este tipo de investigação necessita ser desenvolvido a fim de que se possa compreender o que ocorre nos sistemas de serviços de saúde.

Partindo do princípio da integralidade do SUS no Brasil, das práticas de enfermagem vividas em âmbitos hospitalares no atendimento às vítimas de desastres, e entendendo a importância e a complexidade das ações frente à assistência a desastres e incidentes com múltiplas vítimas, surgiu o seguinte questionamento, que se constituiu no problema de pesquisa deste estudo:

Quais foram as providências necessárias para o atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre das vítimas do desastre de Santa Maria? Quais destas providências foram incorporadas a rotina do hospital? Na perspectiva dos profissionais da Comissão de Respostas em Emergências e Catástrofes (CREC) e demais profissionais envolvidos, quais são as evidências destes processos?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar e descrever os legados para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre do atendimento às vítimas do incêndio ocorrido na Boate Kiss no município de Santa Maria no ano de 2013.

### **2.1 Objetivos específicos**

- Relacionar, a partir da perspectiva dos profissionais, quais foram as providências tomadas no HCPA para o atendimento às vítimas do incêndio.
- Identificar quais destas providências, na gestão de recursos físicos, materiais e humanos, e no uso de novas tecnologias, foram incorporadas na rotina do hospital.
- Descrever as transformações realizadas no Plano de contingência do HCPA, e os desdobramentos para os processos de acreditação subsequentes.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico que sustenta o desenvolvimento da pesquisa, sendo estruturado em quatro tópicos: gestão de desastres; os sistemas de serviços de saúde no atendimento a múltiplas vítimas; os legados para os sistemas de saúde e os impactos para os sistemas de saúde.

#### **3.1 Gestão de desastres**

Lavell (2003) destaca que desastres ou ocasiões de crise associadas a perdas e danos humanos e materiais socialmente significativos ocorrem desde os primórdios da humanidade, embora pareça que sua incidência e impactos tenderam a aumentar de forma relativamente vertiginosa a partir das últimas décadas do século passado. Na perspectiva da saúde pública, os desastres caracterizam-se pelo seu efeito sobre as pessoas e os serviços de saúde (NOJI, 2000).

A estruturação adequada prévia é crucial para um bom atendimento à vítima de desastres, pois, independentemente da etiologia, as consequências médicas e na saúde pública podem ser impactantes, já que o aumento repentino da demanda pode trazer grande vulnerabilidade para o sistema de saúde. Sendo assim, em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo implantou em todos os seus hospitais um Plano de Atendimento a Desastres, que estabelece regras de bom funcionamento em eventualidades deste tipo. Estas diretrizes objetivam um funcionamento que minimize o caos e a confusão que, frequentemente, se estabelecem durante este tipo de ocorrência.

Gerenciar é um compromisso e que tem como responsabilidade garantir que tudo esteja funcionando de forma adequada, assegurando de que o trabalho esteja sendo feito adequadamente, com agilidade e com otimização de recursos (WITT, 2005). No atendimento em desastres, gerenciar é sistematizar o atendimento com a ajuda das equipes de apoio, pois estas ações de integração indicam a capacidade da instituição para estes atendimentos (MARIN, 2013).

No Brasil, a Defesa Civil tem como objetivo geral a redução de desastres, ou seja, a diminuição da ocorrência e da intensidade dos mesmos. Os Planos Diretores de Defesa Civil deverão ser implementados mediante programas específicos e as ações de redução de desastres abrangem os seguintes aspectos globais: prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação. Os objetivos específicos são promover a defesa permanente contra desastres

naturais ou provocados pelo homem; prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas, reabilitar e recuperar áreas deterioradas por desastres, atuar na iminência ou em situações de desastre e promover a articulação e a coordenação do Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), em todo o território nacional (BRASIL, 2007).

Na área hospitalar, a partir de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vêm trabalhando no sentido de gerar uma consciência pública acerca do tema da segurança para os estabelecimentos de saúde, com a proposta denominada “Hospitais seguros frente a desastres”. Um hospital seguro é um estabelecimento de saúde cujos serviços permanecem acessíveis e funcionando com sua capacidade máxima instalada e em sua mesma infraestrutura imediatamente após um evento ou fenômeno destrutivo de grande intensidade. Em 2004, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde aprovou uma resolução na qual se solicita aos Estados Membros que adotem uma política nacional de hospitais seguros frente aos desastres no contexto da redução de riscos (FIOCRUZ, 2013).

### **3.1.1 Classificação dos desastres**

Destacamos que a intensidade do desastre não depende apenas da magnitude do fenômeno adverso, mas, principalmente, do grau de vulnerabilidade do cenário do desastre e do grupo social atingido. Critérios quanto à evolução, à intensidade e à origem são utilizados pela Defesa Civil (BRASIL, 2007) para classificar os desastres, ameaças e riscos.

Dentre os critérios quanto à evolução, estes são classificados como: desastres de evolução crônica ou gradual, desastres por somação de efeitos parciais e desastres súbitos ou de evolução aguda, e nesta última classificação se enquadra o incêndio de Santa Maria. Os desastres de evolução aguda caracterizam-se pela subaneidade, pela velocidade com que o processo evolui e pela violência dos eventos adversos, causadores dos mesmos.

A classificação quanto à intensidade pode ser demonstrada em termos absolutos ou a partir da proporção entre as necessidades de recursos e as possibilidades dos meios disponíveis na área afetada, para dar resposta cabal ao problema. Os desastres são classificados em: de médio porte, de grande porte e de muito grande porte; este último exige o reforço dos recursos disponíveis na área sinistrada, através do aporte de recursos regionais, estaduais e federais. Nesta intensidade, para garantir uma resposta eficiente e cabal recuperação, exigem a intervenção coordenada dos três níveis do SINDEC e, até mesmo, de ajuda externa, tal como ocorreu em Santa Maria (BRASIL, 2006).

Os agentes causadores, como causa primária, ou seja, quanto à origem dos desastres, são classificados em naturais, mistos e humanos ou antropogênicos, sendo esta última a classificação do incêndio de Santa Maria, esclarecendo que são aqueles provocados pelas ações ou omissões humanas, relacionam-se com a atuação do próprio homem, como agente e autor. Esses desastres podem produzir situações capazes de gerar grandes danos à natureza, ao *habitat* humano e ao próprio homem, como espécie (BRASIL, 2006).

De acordo com os critérios de classificação da Defesa Civil, o incêndio se encaixa em Desastres Humanos de Natureza Tecnológica Relacionados com Incêndios. Dentre estes incêndios em edificações com grandes densidades de usuários, sob este título são registrados os incêndios de grande potencial destrutivo, que exigem meios e táticas altamente complexos para controlá-los. Estão relacionados com combustíveis, óleos e lubrificantes, meios de transporte, terminais de transporte, instalações industriais e edificações com grandes densidades de usuários (BRASIL, 2007a).

### **3.2 Os sistemas de serviços de saúde no atendimento a múltiplas vítimas**

O Brasil registra cerca de 200 mil incêndios catalogados por ano (TOMINA, 2013) e, integrando a essa problemática, encontram-se os Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV), que são aqueles que produzem mais de cinco vítimas graves, apresentando desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a demanda, mas que podem ser atendidos com eficiência desde que se adote uma doutrina operacional protocolada (TEIXEIRA, 2007; SMELTZER; BARE, 2005; CORPO DE BOMBEIROS DO PARANÁ, 2006). São, portanto, eventos complexos, que exigem o somatório de forças para a edificação de um atendimento sanitário eficaz.

Em nosso país, diariamente acontecem acidentes dos mais variados tipos com número de vítimas superior a cinco. Estes atendimentos, ou seja, dos acidentes com múltiplas vítimas, são um desafio com o qual os serviços de atendimentos tanto pré-hospitalares como dos hospitais se deparam com frequência. Diante dessas situações ocorre uma incapacidade dos serviços de lidar com esse problema, havendo necessidade de se estar preparado e treinado para atender esses acidentes (CORPO DE BOMBEIROS DO PARANÁ, 2006).

Os cuidados frente a um Incidente com Múltiplas Vítimas devem centrar-se no conceito do melhor esforço, ou seja, o melhor atendimento para a vítima mais grave deve dar lugar ao conceito de o melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, no momento em que elas mais precisam e no menor tempo possível, ou seja, é proporcionar o bem máximo para o número máximo de pessoas (SMELTZER; BARE, 2005; CORPO DE

BOMBEIROS DO PARANÁ, 2006). Este princípio visa oferecer o melhor cuidado médico para o maior número possível de vítimas, o que envolve o momento certo, o tempo adequado e a utilização mínima de recursos, isto é, uma atuação profissional eficiente e precisa (TEIXEIRA, 2007).

Segundo Legemaate, Burkle e Bierens (2012) é muito difícil avaliar a qualidade do desempenho de um sistema de cuidados de saúde durante um desastre. Muitas vezes os instrumentos de pesquisa não estão disponíveis, não estão validados, ou são impossíveis de administrar durante uma crise. A maioria das avaliações de desempenho é realizada após o desastre, destacando que a pesquisa específica em desastre é rara, e muitas vezes limitada ao escopo. Destacamos que as pesquisas desempenham papel importante no desenvolvimento e desempenho do cuidado de saúde durante ou após um desastre.

Quando ocorrem situações com múltiplas vítimas, desastres ou catástrofes, em especial as relacionadas a eventos de massa ou a eventos súbitos com produção rápida de grande número de vítimas, tais como a tragédia de Santa Maria, esta situação se transfere para a rede de saúde, pois as vítimas acorrem às portas das emergências. Nessa perspectiva, existe a necessidade de preparação dos serviços de atendimento de saúde, para atender de forma resolutiva, pois os Incidentes com Múltiplas Vítimas envolvem peculiaridades que devem ser conhecidas pelos profissionais que vão atuar nessas situações a fim de solidificar cuidados eficientes, eficazes, e assim evitar novas vítimas, bem como o agravamento das existentes. A complexidade dos cuidados frente a um Incidente com Múltiplas Vítimas deve ser pautada na sistematização do atendimento, somando os esforços de todos os capacitados para atuarem nesses eventos, sendo fundamental que todos os setores do hospital estejam envolvidos neste processo (SALVADOR et al., 2012).

De acordo com uma pesquisa australiana, no caso de uma catástrofe de grandes proporções no referido território, de 61% a 82% dos pacientes gravemente feridos não poderiam ter acesso imediato às salas de cirurgia e de 34% a 70% poderiam não ter acesso imediato aos leitos de UTI, estatísticas que demonstram o despreparo para a edificação eficaz de um atendimento a um Incidente com Múltiplas Vítimas. É recomendado o fomento de um acordo nacional sobre padrões de referência de preparação para desastres e publicação periódica dos indicadores de desempenho hospitalar para melhorar a prevenção de catástrofes (TRAUB; BRADT; JOSEPH, 2007).

A Estratégia Internacional para a Redução de Desastres, através do Marco de Ação de Hyogo 2005-2015<sup>1</sup>, oferece cinco ações de prioridade, e dentre os objetivos estratégicos está o desenvolvimento ou fortalecimento das instituições, mecanismos e capacidades para aumentar a resiliência frente às ameaças e a incorporação sistemática dos enfoques da redução de riscos na implementação de programas de preparação, atenção e recuperação de emergências (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005).

Neste contexto de necessidades para de preparo para atuar frente a incidentes com múltiplas vítimas, as instituições hospitalares representam uma peça fundamental frente a estes atendimentos, minimizando a problemática, assegurando uma assistência qualificada, resolutiva e de qualidade. Desta forma,

[...] pudemos atentar para a importância epidemiológica dos Incidentes com Múltiplas Vítimas no cenário contemporâneo, eventos que integram a Classificação Internacional de Doenças (CID) sob a denominação de causas externas. Isso apesar da inexistência de estatísticas que revelem a proporção real desses eventos no nosso cenário sanitário. Assim, foi explicitado que esses se apresentam atualmente como problemas frequentes, em que os acidentes de trânsito, somados aos desastres naturais, configuram-se como importantes etiologias desses eventos de consequências significativas para o Sistema Único de Saúde brasileiro, tanto do ponto de vista de recursos humanos e materiais, quanto de recursos financeiros, realidade que elucida a necessidade de se fomentar estudos mais aprofundados, que possam revelar as proporções reais dos Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV) no panorama sanitário do Brasil. (SALVADOR et al., 2012, p. 749).

### 3.3 Legados para os sistemas de saúde

De acordo com Villano e Terra (2008), com base na literatura de pesquisa acadêmica, não existe uma clara e única definição para “legado”, pois se trata de um conceito muito complexo, com múltiplos significados, que pode inclusive ser mais bem representado por outras expressões ou até mesmo conceitos em culturas e idiomas diferentes, que irão expressar melhor seu caráter histórico e de continuidade. Define-se legado como podendo ser planejados e não planejados, positivos ou negativos, estruturas tangíveis ou intangíveis que foram e/ou serão criados através de um evento e permanecem após o mesmo (PREUSS, 2006).

---

<sup>1</sup> O Marco de Ação de Hyogo (MAH) é o instrumento mais importante para a implementação da redução de riscos de desastres que adotaram os Estados Membros das Nações Unidas. Seu objetivo geral é aumentar a resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres ao alcançar, para o ano de 2015, uma redução considerável das perdas que ocasionaram os desastres, tanto em termos de vidas humanas quanto aos bens sociais, econômicos e ambientais das comunidades e dos países.

Os legados surgem como um “bem que é transmitido a outrem que vem a seguir” (DICIONÁRIO PRIBERAM, 2008), ou seja, são de extrema importância para a preparação do sistema de serviços de saúde, pois se referem aos impactos que os eventos proporcionarão ao sistema de saúde e políticas de saúde, sendo multifacetados.

Exemplos de legados em saúde podem ser encontrados nos relatos das Olimpíadas de Pequim, que relacionam os impactos que os jogos proporcionaram ao sistema e políticas de saúde. As melhorias foram evidenciadas nas respostas às emergências de saúde pública, na promoção e prevenção à saúde, melhorias nas inspeções (auditoria) de saúde, desenvolvimento de um sistema de informação de saúde pública, no suporte financeiro para saúde e nos serviços de saúde, no planejamento de assistência às emergências e de suprimento de sangue e hemoderivados, melhoria no entendimento dos riscos em potencial e do risco de ataque terrorista, além da implementação de um serviço de saúde antiterrorista para resgate (DAPENG; LJUNGQVIST; TROEDSSON, 2010).

A construção de projetos, com poder de transformação dos espaços onde são desenvolvidos, visa também à legitimação e à construção de legados, ou seja, representam uma oportunidade para que sejam pensadas e desenvolvidas formas de enfrentar os problemas crônicos da cidade (MASCARENHAS, 2013), como os relacionados com o setor de saúde, que englobam melhorias de infraestrutura, de capacitação de recursos humanos e de gestão.

Em um seminário liderado pelo Ministério dos Esportes, denominado “Gestão de Legados de Megaeventos Esportivos”, em 2008, se pôde pensar nos inúmeros legados e seus impactos para a população. A infraestrutura, o conhecimento, a tecnologia, entre outras áreas mobilizadas para a realização de um grande evento, podem potencialmente viabilizar o acesso de camadas significativas da população às políticas públicas em diversas áreas. Dessa forma, os legados se tornam indissociáveis das políticas públicas.

Nesse contexto, ainda destaca-se a necessidade de um processo de planejamento para atendimentos com múltiplas vítimas, pois há um aumento da demanda de atendimentos. Havendo um incremento da carga de atendimentos na rede de serviços de urgência e emergência, principalmente por causas externas associadas ao abuso de álcool e drogas, e variação do perfil epidemiológico, por meio da importação de agentes infecciosos de outras regiões do mundo ou do próprio país (MASSUDA, 2012).

O importante do legado em saúde pública é que ele seja viável, sendo capaz de criar melhorias sustentáveis na infraestrutura da saúde, pois pode incluir melhorias nos sistemas de saúde, no âmbito ambiental e do atendimento de saúde à população, além de melhorar a capacidade de vigilância e de trabalho intersetorial, podendo construir uma abordagem

coerente para as questões de segurança de saúde pública em todo o governo e no mundo (ENDERICKS, 2012).

### 3.4 Impactos para os sistemas de saúde

O termo “legado” está vinculado a um impacto cujo resultado permanece por um longo período (caráter permanente) e não necessariamente tem aspecto positivo/benéfico. O quadro abaixo exemplifica a classificação do impacto (positivo ou negativo) e a duração deste, classificada em baixa, média e alta. Entendemos que, quanto maior a classificação e duração do impacto, maior é a adequabilidade ao termo “legado”.

Gráfico 1 – Impactos e legados



Fonte: BRASIL. Ministério do Esporte, 2013.

No caso da saúde, os impactos dos desastres sobre a saúde das populações envolvem também efeitos de médio e longo prazo, não se restringindo somente aos de curto prazo e registrados nos períodos imediatamente após os mesmos (FREITAS et al., 2014).

Os desastres afetam diretamente a saúde da população, resultando em danos físicos, doenças agudas e traumas emocionais, podendo aumentar a morbidade e a mortalidade associada às doenças crônicas e infecciosas, com impacto no sistema de saúde. Assim o setor de saúde deve estar organizado para a preparação, a mitigação, a resposta e a recuperação para uma miríade de potenciais desastres. Assim, é essencial que o setor da saúde intensifique a capacidade de resposta em situações de emergência, sendo que para eficácia é necessário que haja um sistema em vigor que permita a coordenação e colaboração nas fases de planejamento, resposta e recuperação de um desastre em todos os níveis de organização (SHOAF, 2014).

A definição de Situações com Múltiplas Vítimas (SMV) está mais relacionada, do ponto de vista da resposta hospitalar, com a capacidade de a instituição fazer frente à demanda inesperada que se apresenta em um curto espaço de tempo, portanto, está sempre relacionada a um desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços, tendo impactos diferentes em cenários hospitalares distintos. Obviamente que, quanto maior o número de vítimas, maior o impacto em uma instituição, mas este número deve ser sempre relativizado em relação à capacidade de resposta do serviço hospitalar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

No caso de impactos de média ou alta duração, a literatura relaciona impactos de eventos climáticos extremos sobre a saúde, que são bastante diferenciados, dependendo da vulnerabilidade dos grupos populacionais, sua capacidade de adaptação e resiliência, entendendo que diferentes populações vivendo em espaços diferenciados apresentam distintas constituições para suas vulnerabilidades, entendidas como a capacidade de resposta de indivíduos, grupos e comunidades aos potenciais perigos deflagrados por eventos relacionando estes eventos ao longo dos processos saúde/doença (XAVIER et al., 2014).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

Os métodos e as técnicas a serem empregados na pesquisa científica estão diretamente relacionados com o problema a ser estudado, no caso deste estudo foram as providências necessárias para o atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre das vítimas do desastre de Santa Maria, e quais destas foram incorporadas nas atividades do hospital.

De acordo com Lakatos e Marconi (2001, p. 163), “tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser estudado, às hipóteses levantadas e que se queira confirmar, ao tipo de informantes com que se vai entrar em contato”. Minayo (2003) define metodologia como o caminho e o instrumento próprios de abordagem da realidade, pois ela é parte intrínseca da visão social de mundo, veiculadora na teoria.

Neste capítulo serão apresentados o percurso metodológico da pesquisa, o tipo, local e sujeitos do estudo, a coleta de dados, a análise das informações, bem como as considerações bioéticas.

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. De acordo com Yin (2005), como abordagem de pesquisa, o estudo de caso é indicado quando o foco da investigação for um fenômeno contemporâneo, situações sobre as quais o pesquisador aprofunda a análise de um acontecimento produzido pelas peculiaridades das interações entre os participantes. Portanto o estudo de caso se mostra adequado para investigar os legados em um hospital após o atendimento a múltiplas vítimas de um incêndio em grande escala.

Para realizar o estudo de caso se utilizam diversas fontes de evidências, pois, segundo Yin (2005, p. 111), “nenhuma fonte única possui uma vantagem indiscutível sobre as outras [...] as várias fontes são altamente complementares, e um bom estudo de caso utilizará o maior número possível de fontes”.

Neste estudo foram utilizadas, como fontes de evidências, a documentação e a entrevista. A entrevista pode oferecer dados para comparar evidências coletadas com outras fontes, juntamente com os documentos, a fim de ampliar a confiabilidade do estudo, além de oferecer diferentes olhares sobre o evento (YIN, 2005).

Quanto às informações documentais, estas se mostram relevantes a todos os tópicos deste estudo de caso, corroborando e valorizando evidências oriundas de outras fontes como a entrevista, que é uma das mais importantes fontes de informação, tendo focado diretamente o tópico do estudo de caso.

#### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma instituição de caráter público, geral e universitário, vinculada ao Sistema Único de Saúde e responsável por serviços de grande relevância social e de qualidade reconhecida, oferecendo assistência integral à saúde de todo cidadão, além de formar e qualificar profissionais.

Tendo sido criado em 1970, sua missão é “prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania”<sup>2</sup>. O HCPA pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A estrutura física construída do referido hospital é de 128.339,36 m<sup>2</sup>, com capacidade de 845 leitos, e disponibiliza atendimento nas áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, ginecológica, cirurgia, emergência, intensivismo, psiquiatria, radioterapia, entre outras. Além do Ambulatório para consultas eletivas, em 66 especialidades, Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada ao Serviço de Atenção Primária à Saúde e Hospital-Dia (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

Conforme dados do ano de 2012, atuava com um quadro de pessoal de 5.997 funcionários, além de 290 docentes. Referente à sua participação na assistência, em 2012 foram realizadas 33.585 internações, 594.942 consultas, 2.904.273 exames, 45.678 procedimentos cirúrgicos, 3.789 partos, além de 507 transplantes. Totalizaram nesse ano 259.458 procedimentos em consultórios e 94.882 sessões terapêuticas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

Em relação à gestão de desastres, em 2012 o HCPA criou a Comissão de Rotinas em Emergências e Catástrofes (CREC) para elaboração destes planos, bem como a execução de capacitações para todo o público do hospital, visando ao preparo para prevenção e papel de cada um na ocorrência de uma situação de emergência (Ato nº 138/2012 de 26/09/12). E, em

---

<sup>2</sup> <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/14/380>>

2013, a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, através da Resolução nº 646/2013, determinou que o HCPA é um serviço de referência para os cuidados respiratórios no atendimento ambulatorial, junto com mais duas instituições públicas (BRASIL, 2013).

### **4.3 Participantes do estudo**

Fizeram parte da pesquisa 17 profissionais atuantes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que foram escolhidos através de uma seleção intencional, ou seja, uma amostragem não probabilística, onde há uma escolha deliberada da amostra. A amostra foi composta pela técnica de *snowball*. Essa técnica é um processo repetido sucessivamente a fim de identificar o maior número de indivíduos que possam contribuir para a realização do estudo (RAMIRO; MATOS, 2008; MALHOTRA, 2001).

Primeiramente foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que atuavam no CREC do HCPA, desde que estes atendessem os critérios estabelecidos, quais sejam: o envolvimento no gerenciamento da situação de desastre vivenciada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o tempo de trabalho de, no mínimo, 18 meses. A partir da entrevista, foi solicitado a estes indicar outros profissionais que atendessem aos critérios de inclusão. Os critérios de exclusão adotados foram: trabalhadores afastados das atividades profissionais no momento da coleta dos dados, indiferentemente do motivo: licença de saúde, licença especial, férias ou atestados médicos.

Após a primeira entrevista, foram realizados contatos pessoalmente, ou por telefone, sendo uma síntese da proposta do estudo explicada a cada profissional.

### **4.4 Coleta de dados**

O estudo foi desenvolvido em duas etapas sequenciais. A primeira etapa da coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e a segunda, de consulta a documentos.

#### **4.4.1 Entrevistas**

De acordo com Triviños (1987, p. 137) “a coleta de dados é vital na pesquisa qualitativa, talvez mais que na investigação tradicional, pela implicância dela no investigador, que de enfoques aprofundados, tendo presente o seu processo unitário, integral”. Conforme Lakatos e Marconi (2001), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, com objetivo de que

uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.

Tobar e Yalour (2001, p. 101) definem a entrevista semiestruturada como um guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas que necessitam ser abordadas durante as mesmas, mas o “pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no curso da entrevista”, porém o guia é um conjunto de instruções claras relativas às principais perguntas a serem feitas.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de um instrumento (Cf. Apêndice A), contendo oito questões fechadas e quatro questões abertas, a respeito da atuação do entrevistado no atendimento dos pacientes vítimas do incêndio em Santa Maria, das providências necessárias na instituição para prestar os atendimentos às vítimas, assim como de documentos que poderiam ser consultados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. As mesmas foram individuais, em sala privada, na própria instituição de saúde, conforme o horário de trabalho de cada profissional e com agendamento prévio. Com permissão dos sujeitos as entrevistas foram gravadas.

#### **4.4.2 Consulta de documentos**

Foram pesquisados documentos que não receberam tratamento analítico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) que foram analisados no contexto do HCPA e interpretados para a compreensão da realidade.

Os documentos consultados na segunda fase foram aqueles indicados pelos profissionais entrevistados. Para a coleta de dados nestes documentos, seguimos o roteiro estabelecido no projeto (Cf. Apêndice B). Foram consultados os materiais elaborados e os que sofreram modificação após a data pré-estabelecida, ou seja, 27 de janeiro de 2013.

Os documentos consultados foram: o Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas, aprovado em 5 de setembro de 2014, Plano Especial de Contingência para Catástrofes – Copa do Mundo, aprovado em 11 de junho de 2014, além da edição do *Espaço Aberto*<sup>3</sup> intitulada “Clínicas mobiliza-se para a assistência as vítimas de Santa Maria”, com edição de março/abril de 2013.

---

<sup>3</sup> O *Espaço Aberto* é uma publicação de circulação interna, distribuída em versão impressa à comunidade do HCPA e também disponibilizada eletronicamente no portal institucional.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados por meio de procedimentos de análise de conteúdo do tipo temático, na perspectiva de Minayo (2008). A análise temática permite descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação, cuja presença ou frequência significam algo para o objeto que é analisado. A análise temática é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na pré-análise, foi realizada uma leitura exaustiva dos dados coletados a partir da seleção dos documentos para análise. A seguir, foram retomados e reformulados os objetivos iniciais e elaborados indicadores que orientaram a interpretação dos dados. A exploração do material consistiu em reduzir o texto a palavras e expressões significativas em unidades de registro, codificá-las, classificá-las e categorizá-las. Na fase final, a partir do tratamento dos resultados, foram realizadas a inferência e a interpretação (MINAYO, 2008).

Para estabelecer as classificações, durante a análise desta pesquisa qualitativa, utilizamos categorias que Minayo (2003, p. 70) conceitua como abrangendo “elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”, sendo empregadas para estabelecer classificações, significando agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Este estudo está registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/EENF/UFRGS), cadastrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Plataforma Brasil, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA) sob o Protocolo CAAE: 30346814.2.0000.5327 (Cf. Anexo A), bem como cadastrado no sistema Web GPPG (Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação) do HCPA sob o número 14-0333.

A coleta somente teve início após a aprovação em todas as instâncias citadas anteriormente. Foram respeitados os princípios éticos em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

Todos os participantes que aceitaram colaborar com a pesquisa foram informados dos objetivos da mesma, de maneira clara e detalhada, sendo sanadas todas as dúvidas, além de se destacar a importância da realização desta pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Cf. Apêndice C), atendendo à Resolução 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), tendo sido assinado o documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via com os sujeitos e outra com pesquisador, que os guardará por um período de cinco anos. Por meio deste Termo, foi solicitada a concordância para a gravação das falas dos entrevistados em áudio. Após transcritas e armazenadas em meio digital, o material ficará guardado por cinco anos e, após esse período, será inutilizado.

O pesquisador assegurou sigilo durante todo o desenvolvimento da pesquisa, principalmente quanto à identificação dos participantes, garantindo o anonimato através da denominação por códigos para representar as respostas dos entrevistados. Cada participante foi nomeado pela letra “E”, seguida de um algarismo arábico que representa a sequência na qual a informação foi coletada. Exemplo: Entrevistado 01 (E1), Entrevistado 02 (E2), Entrevistado 03 (E3), e assim sucessivamente. Nomes fictícios foram utilizados ao transcrever as entrevistas.

Aos sujeitos foi assegurado que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins acadêmico-científicos, de acordo os objetivos do estudo.

Para a etapa de levantamento dos dados, foi assinado um Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais, para o uso dos dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Cf. Anexo B).

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados agrupados segundo as categorias empíricas, intituladas ‘Impactos do desastre na gestão do hospital’ e ‘Legados um hospital universitário: repercussões na gerência e na assistência’, que se formularam através de discussões, interpretação e análise dos dados coletados nas entrevistas e nos documentos. De acordo com a proposta metodológica desta investigação, os resultados são apresentados sequencialmente, conforme as etapas da pesquisa.

Primeiramente serão apresentadas as características dos participantes.

### 5.1 Perfil dos participantes

Procuramos traçar o perfil dos participantes desta pesquisa. A caracterização dos participantes do estudo é apresentada na Tabela 1, contemplando as seguintes variáveis: profissão e sexo.

**Tabela 1** - Distribuição dos sujeitos, segundo profissão e sexo

Profissão	Número de entrevistados				Total	
	F		M		N	%
	n	%	N	%		
Eng. Segurança do Trabalho	1	5,88%	-	-	1	5,88%
Médico	1	5,88%	1	5,88%	2	11,76%
Enfermeiro	8	47,06%	1	5,88%	9	52,94%
Administrador	2	11,76%	-	-	2	11,76%
Psicólogo	1	5,88%	-	-	1	5,88%
Assistente Social	1	5,88%	-	-	1	5,88%
Relações Públicas	1	5,88%	-	-	1	5,88%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>88,24%</b>	<b>2</b>	<b>11,76%</b>	<b>17</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2014.

A média de idade é de 45 anos, com desvio padrão 8,1, (idade mínima 34 e 58 idade máxima), conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária

Idade	Número de entrevistados				Total	
	F		M		N	%
	n	%	N	%		
< 30	-	-	-	-	-	-
31 a 39	5	29,41%	1	5,88%	6	35,29%
40 a 49	2	11,76%	1	5,88%	3	17,65%
49 a 59	8	47,06%	-	-	8	47,06%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>88,24%</b>	<b>2</b>	<b>11,76%</b>	<b>17</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2014.

A caracterização dos participantes é apresentada na Tabela 3, contemplando as seguintes variáveis: tempo de formação, maior titulação, tempo de trabalho no HCPA e tempo de trabalho no setor em que atuava no momento da entrevista.

Em relação ao vínculo empregatício, a maioria dos participantes da pesquisa era de trabalhadores celetistas, funcionários do HCPA, correspondendo a 88,24% da amostra. Verifica-se também que a maioria destes profissionais (64,71%) mantinha vínculo com o HCPA havia mais de 10 anos.

**Tabela 3** - Caracterização dos sujeitos participantes segundo titulação, tempo de formados, tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho no setor atual

Variáveis	N = 17	%
<b>Maior Titulação</b>		
Graduação	-	
Pós-Graduação lato Sensu / MBA	10	58,82%
Mestrado	5	29,41%
Doutorado	1	5,88%
Pós-Doutorado	1	5,88%
<b>Tempo de Formado</b>		
0-10 anos	2	11,76%
11-15 anos	4	23,53%
16-20 anos	3	17,65%
21-30 anos	5	29,41%
31-40 anos	3	17,65%
<b>Tempo de Trabalho no HCPA</b>		
0-10 anos	6	35,29%
11-15 anos	3	17,65%

16-20 anos	2	11,76%
21-30 anos	3	17,65%
31-40 anos	3	17,65%
<b>Tempo de trabalho no setor</b>		
0-10 anos	13	76,47%
11-15 anos	1	5,88%
16-20 anos	2	11,76%
21-30 anos	1	5,88%
31-40 anos	0	0,00%

**Fonte:** Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2014.

## 5.2 Impactos do desastre na gestão do hospital

Um dos maiores desafios da sociedade atual é o enfrentamento das adversidades causadas pelos desastres. Os estabelecimentos de saúde, principalmente os hospitais, são considerados essenciais nessas situações (SABA; CARDOSO; NAVARRO, 2012).

Em uma situação de desastre, a exigência de uma mobilização e organização dos recursos, principalmente no setor da saúde, para um atendimento além da capacidade habitual, é fundamental para uma assistência de qualidade e eficaz, o que caracteriza a necessidade de providências nos serviços.

Nesta categoria encontram-se as providências tomadas pelo HCPA para a gestão de recursos humanos, materiais e físicos frente ao atendimento às vítimas do desastre de Santa Maria, agrupadas em três subcategorias, denominadas: gestão das equipes multiprofissionais no atendimento as vítimas, A gestão interna e externa dos recursos materiais e a Gestão dos recursos físicos: o desafio de disponibilizar leitos

### 5.2.1 A gestão das equipes multiprofissionais no atendimento as vítimas

Os desastres mobilizam vários atores, representantes da sociedade civil organizada, serviços de saúde, os quais desempenham papel relevante na prevenção, preparo, resposta e reconstrução. Neste cenário há implicações para a enfermagem, pois são esses profissionais que compõem os recursos humanos da área da saúde em qualquer nível de atenção. Sua atuação deve dar-se tanto no preparo como na resposta à situação de desastre, que demanda atendimento imediato, eficaz e de qualidade, a fim de minimizar o risco às vítimas. (BANDEIRA; MARIN; WITT, 2014).

Em uma situação de desastre, os serviços de saúde devem estar preparados para um aumento repentino de demanda, e, para prestar estes atendimentos às instituições hospitalares, deve haver um gerenciamento de recursos humanos adequado. Dentre as diversas áreas em que atuam os hospitais, as assistenciais são as que mais sofrem impactos, pois são as que prestam assistência diária aos pacientes. Esta situação foi evidenciada nos depoimentos dos profissionais como as primeiras providências citadas, tendo sido dos recursos humanos, inclusive para o transporte das vítimas:

*A gente primeiro precisava estruturar o atendimento, então primeiro a gente precisou de gente pra trabalhar, montar a equipe. (E12)*

O modo de gerenciar a necessidade de profissionais aconteceu primeiramente com as equipes assistenciais, especificamente equipes médicas e de enfermagem. Naquele momento o HCPA não contava com uma lista de profissionais, conforme a fala abaixo exemplifica, quando foi questionado sobre a existência da mesma.

*A gente pede nas unidades, a gente tem alguns aqui, que são pessoas que se propõem fazer hora extra, que já deixam seu nome aqui pra quando a gente precisa de última hora, de noite, as pessoas que fazem mais seguido... mas daí tu pede nas unidades e eles indicam, ligamos pros enfermeiros das unidades, quem mais fica... essa ponte com os enfermeiros é mais fácil. (E 15)*

Com o intuito de atingir grande número e diversos profissionais, os contatos foram realizados de diversas formas, dentre estas envio de *e-mails* e ligações telefônicas, conforme demonstram as falas a seguir:

*eu também sou a pessoa que faz a escala [...] daí eu já disparei um e-mail e mandei mensagem para todos os colegas, são quase sessenta médicos, cinquenta e poucos médicos, né, pedindo se tinha gente...perguntando se tinha gente disponível pra... talvez fosse precisar... eu falei aqui com o pessoal aqui, já ligaram, já organizaram os... já ligaram pros enfermeiros... (E2)*

*[...] no domingo de tarde eu liguei pra minha equipe de funcionários, pra minha equipe, pedi pra que eles viessem aqui pro hospital. (E7)*

*[...] até pediram pra que se eu pudesse ter contato com mais um, duas ou três colegas que também pudesse estar chamando assim [...] já com essa questão de já poder estar providenciando colegas pra vir dar esse suporte, de casa mesmo eu já comecei a fazer os contatos. (E14)*

O campo da enfermagem representa um contingente significativo dos recursos humanos disponibilizados pelos sistemas de serviços de saúde, principalmente no enfrentamento de desastres, pois a enfermagem está representada em todos os níveis dos

sistemas de saúde e encontra-se entre as categorias profissionais que dão início a esse processo (McHUGH, 2010; SILVA; CARVALHO, 2013).

Estudo desenvolvido na Austrália, a respeito da motivação dos enfermeiros de emergência em prestar assistência em uma situação de desastre, mostrou que de uma maneira geral os enfermeiros se dispõem a participar em atendimentos de desastre em seus locais de trabalho. Neste caso, houve uma grande comoção por causa dos fatores individuais e familiares, tipo do desastre e fatores do local de trabalho. Potencialmente, os indivíduos, as famílias e locais de trabalho podem influenciar na vontade de atuar em situações de desastre, também um maior conhecimento e habilidades nestas situações e uma melhor percepção de preparação do local de trabalho (ARBON, 2013).

Fatores individuais e familiares, como o fato de serem pacientes jovens, e de muitos profissionais terem familiares desta faixa etária, além do incidente ter ocorrido numa danceteria, mobilizaram os profissionais, conforme as falas a seguir:

*[...] só que às cinco da tarde começaram a chegar os primeiros pacientes, e foi horrível, foi horrível assim... porque era tão séria a situação que as pessoas chegaram sem nome aqui, não tinha nome, foi muito pesado assim, sabe, a gente vê um adolescente, tenho filho adulto, né; aquelas meninas que tavam numa festa e daqui a pouco tavam sem roupa, coberta com lençol numa UTI, sem nome! (E3)*

*A gente se coloca muito no lugar, né, como mãe, como familiar... (E4)*

*[...] a gente passou o plantão e começou chorar, a gente começou a lembrar da cara dos pacientes chegando [...] mas quando a coisa se concretizou, que a gente viu os pacientes na emergência, meu Deus do céu! Era uma coisa surreal, era pior, muito pior do que a gente imaginava. Eram cinco pacientes, cinco jovens, um do lado do outro, guria. É, umas carinhas, tinha uma menininha, moça, com uma trança assim, eu pensei, meu Deus, ela se arrumou pra ir numa festa, gente, não era pra ela tá aqui agora, sem roupa, queimada, morrendo... (E5)*

Ao mesmo tempo, devido à proporção do desastre, ocorreu comoção nacional, e esta situação se refletiu nos profissionais da saúde, pois os mesmos se voluntariaram para trabalhar, houve uma mobilização solidária, como relatado pelos entrevistados.

*[...] já tinha notícia de colega se oferecendo para voltar da praia para atender. (E2)*

*[...] a maioria das pessoas se disponibilizou a isso, pra ir pra ajudar lá; então organizar nossa equipe pra ir pra lá, organizar a equipe aqui pra receber, levar os materiais... (E9)*

*As pessoas espontaneamente foram se oferecendo pra vim, então nós não tivemos assim... até um certo momento tinha que dizer: Olha, tu vai descansar, tu vai fazer isso... porque as pessoas queriam ajudar, todo mundo queria ajudar [...] mas assim isso chamou muita atenção de todo grupo, né, que o pessoal veio, ficou, né...*

*participou assim muito e todo mundo queria ajudar, eu acho assim que isso aí não foi só aqui, foi em todo o estado, todo mundo... (E11)*

Em situações de desastre, caso haja necessidade de reforço, o alerta às equipes que não estão de plantão para ficarem de sobreaviso tem sido utilizado como estratégia (CONASS, 2013). Esta foi uma das opções utilizadas no decorrer dos dias, foi o regime de sobreaviso<sup>4</sup>, principalmente das equipes médicas, conforme a fala abaixo:

*[...] a gente montou sobreaviso pra quase todas as equipes (ESPECIALIDADES<sup>5</sup>) pra poder dar conta do tanto de pacientes que a gente acabou recebendo, se não me engano foram dezenove [...] A gente dobrou as escalas da emergência, a gente deixou mais gente de sobreaviso caso precisasse vir, e a gente montou uma contingência a mais de pessoal se precisasse. (E16)*

Uma das alternativas utilizadas pelos gestores foi o pagamento de horas extras.

*O pessoal da comissão ajudou e o pessoal do CTI fez bastante hora extra. (E5)*

*[...] além de pessoas, a gente fez esses horários como hora extra, organizou uma escala de hora extra pra cobertura. (E12)*

*[...] e de pessoal, porque a gente teve também, que, por exemplo, pessoas que estavam trabalhando de 12 horas precisaram ficar um período mais, pro pessoal da noite se organizar, e a gente teve que mexer em toda essa estrutura organizacional, da emergência... A gente... teve pessoal que trabalhou por HE e teve o pessoal voluntário... sim, foi um momento de bastante solidariedade. (E13)*

*[...] Aí a gente já começou a conversar com as equipes pra ver quem tinha disponibilidade para trabalhar em regime de hora extra. (E15)*

Estas medidas foram tomadas em concordância, e com a autorização da direção do hospital, pois envolvem custos financeiros.

*[...] e vendo o que a gente podia, né, se a gente podia liberar recurso de hora extra, se não podia, porque tudo isso tem cotas, são preenchidas. Então ela disse que nesse momento não era problema, que a gente podia lançar mão do que precisasse, então foi uma coisa que nos tranquilizou também, porque as pessoas de alguma forma precisam ser remuneradas, isso... e o empréstimo, tudo ficou liberado... (E15)*

---

<sup>4</sup> Regime de sobreaviso: Considera-se em sobreaviso o empregado que, a distância e submetido a controle patronal por instrumentos telemáticos ou informatizados, permanecer em regime de plantão ou equivalente, aguardando a qualquer momento o chamado para o serviço durante o período de descanso. Extraído de: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/sobreaviso.htm>>. Acesso em: 23 nov 2014.

<sup>5</sup> Nota do autor.

No contexto hospitalar, o planejamento e o aumento da capacidade de atendimento em situação de desastre preveem a atuação da equipe de enfermagem em todas as etapas, desde a triagem das vítimas até a transferência do centro cirúrgico para a unidade de tratamento intensivo (BELLUCCI; MATSUDA, 2011).

Nas equipes de enfermagem da UTI, devido à gravidade clínica dos casos, foi organizada uma escala de trabalho diferenciada, ocorrendo um novo dimensionamento no quadro de pessoal, para que o técnico de enfermagem atuasse com quantidades reduzidas de pacientes, o que gerou a necessidade de um maior número de trabalhadores, conforme exemplificam as falas a seguir:

*[...] eu acho que daí sempre tinha a extra, em funções de deixar um técnico pra um paciente só, né, que eram pacientes bem graves. (E3)*

*[...] então tu tinha que ter praticamente uma equipe de técnicos de enfermagem, um técnico de enfermeiro por paciente, porque não era um, eram vários, e no começo eu lembro que eu tinha pacientes queimados, eu tinha paciente neurocirúrgicos, instável... (E8)*

*Eu lembro que gestão... teve gestão de pessoal com dimensionamento de pessoal, x pessoas em cada unidade, né, improvisada na terapia intensiva, com a rotatividade entre os profissionais que ficavam [...] então eles tentavam fazer essa rotatividade, isso faz parte da gestão... mas é mais nesse sentido assim, e maca pra tudo que é lado... (E10)*

Precisa-se de equipe multiprofissional adequada para cuidar e tratar pessoas que sofreram queimaduras das mais diversas causas, com diferentes localizações, extensões e profundidades das lesões. Assim, fica desvelada a importância do dimensionamento da equipe de enfermagem, pois os recursos humanos em quantidade e qualidade são essenciais para cuidar integralmente do paciente, bem como promover condições adequadas para o trabalho da equipe de enfermagem, melhorando sua qualidade e proporcionando segurança para a instituição (CAMUCI, 2014; PANUNTO; GUIRARELLO, 2012).

A equipe de enfermagem sofre vários fatores estressores, pois é vulnerável a situações cotidianas de estresse nas atividades de trabalho, ressaltando que os mesmos são os profissionais que têm maior tempo de contato com os pacientes, o contato íntimo com os pacientes de difícil manejo (com doenças graves, deprimidos) e o receio de cometer erros durante o cuidado são fatores adicionais de estresse crônico. Em setores como a UTI investem-se elevadas demandas emocionais, pela gravidade dos pacientes ou risco de complicação durante a realização de procedimentos, além da complexidade das tarefas e necessidade de obtenção de resultados em curto prazo (FERREIRA; LUCCA, 2015).

No decorrer dos atendimentos na equipe de enfermagem, mesmo com um dimensionamento adequado, ocorreu a necessidade de afastamentos médicos, devido à demanda de atendimento e à forma como a gravidade dos casos impactou na saúde do trabalhador.

*[...] a gente teve alguns funcionários afastados, porque realmente era muito impactante, né, a gente não está acostumado a receber, então foi muito impactante assim pra equipe toda, ter pacientes tão jovens, e a pele saindo... (E4)*

*Houve uma sobrecarga de trabalhos pras pessoas, as pessoas ficaram cansadas, nós tivemos dois enfermeiros que saíram de licença, mas mais pela parte emocional, entende. (E 11)*

Em situação de desastres, como no caso deste estudo, o atendimento destas múltiplas vítimas depende muito da atuação sincronizada de uma equipe multidisciplinar, e desta para com as equipes de apoio, que constituem os diversos serviços nas instituições hospitalares (MARIN, 2013).

Estas diversas áreas de atendimento foram relacionadas pelos entrevistados, que relataram a necessidade das diversas áreas da instituição hospitalar, pois em uma situação de crise a necessidade de áreas de apoio é fundamental para suprir todas as demandas frente ao atendimento a múltiplas vítimas.

*[...] tem o pessoal da emergência, tem o pessoal da UTI, tem o pessoal da segurança, tem o pessoal da psicologia, tem o pessoal do serviço social, tem a direção, tem suprimento, tem RH, né, porque tudo isso são decisões [...] o pessoal da comunicação, por exemplo, é importantíssimo... (E1)*

*E aí a gente começou a organizar, a gente ativou o serviço social, chamamos as meninas da psicologia. Envolvimento do serviço de compras, do serviço, sabe, de infecção, cch, todo mundo do hospital se envolveu, foi... até fornecedor; por um lado eles queriam vender, mas por outro eles também queriam ajudar, né... (E4)*

*Então a gente tinha que gerenciar isso, isso eu fiz muito em parceria com a administradora da área, e pessoal da farmácia satélite. (E12)*

O Serviço Social e o Serviço de Psicologia mudaram suas escalas e redimensionaram o atendimento em outras áreas do hospital para prestar assistência permanente aos familiares dos pacientes internados no hospital. As equipes de nutrição somavam às suas atividades habituais o serviço de lanches para as famílias, e os profissionais da higienização e segurança atuaram de forma permanente nas áreas, cuidando da limpeza e controle dos fluxos de entrada de pacientes (ESPAÇO ABERTO, 2013).

Em situações de emergência, além das necessidades básicas das pessoas, ações de saúde mental são extremamente importantes, ainda que não desempenhadas exclusivamente por psicólogos (WEINTRAUB et al., 2014).

Essa necessidade também foi evidenciada em consulta ao documento utilizado como fonte de evidência, a edição do *Espaço Aberto* intitulado “Clínicas mobiliza-se para a assistência as vítimas de Santa Maria”. Nele há destaque para as áreas de apoio, mostrando que profissionais do Serviço Social, Serviço de Psicologia, e as equipes de Nutrição, e profissionais da higienização e da segurança se envolveram de forma permanente na tragédia.

Os profissionais da área da saúde são os responsáveis pela integração e continuidade das ações integrais em saúde, possibilitando a construção de um território comum, sendo um canal de comunicação, aumentando a compreensão da comunidade e a continuidade da atenção à saúde.

Porém, neste caso, em serviços não assistenciais, como no setor administrativo, ocorreu um aumento na demanda de familiares e telefonemas, tendo o quadro pessoal de ser aumentado, porém de uma forma menos impactante para o serviço, conforme a fala abaixo:

*É, eu me lembro que na parte administrativa eu pedi pra vim duas pessoas da noite, a gente aumentou porque era um fluxo de telefonemas e de visitas que eu tive que deixar uma pessoa aqui na frente. (E4)*

*[...] até não precisei de reforço de secretário, mas eu tive que vir e a Joana que também é a gerente, que cuida do CTI, também teve que vir, então a mais da equipe administrativa mesmo, era eu e a Joana. (E9)*

Na área da comunicação social ocorreu a necessidade de uma estruturação no primeiro momento, após este primeiro momento, os atendimentos entraram na rotina de trabalho habitual.

*[...] a parte de recursos humanos foi mais no domingo que a gente se estruturou pra vir, tinham férias, chamamos o pessoal em casa, o jornalista, a outra RP que fica lá no evento. Eu, na verdade, estava cobrindo as férias da Sofia, porque eu não sou a chefe do setor. Aí foi mais essa mobilização do final de semana, porque, daí, depois entrou na nossa rotina de trabalho. Aí, claro, que gente estendia um pouco o atendimento lá em baixo, enquanto ficava aberto o anfiteatro, até o momento que ele funcionou, acho que ficou uns 15, 20 dias. (E17)*

A necessidade dos diversos segmentos dentro da instituição hospitalar fica evidente, tanto nas falas dos sujeitos, como posteriormente na descrição do plano, pois nessas situações o trabalho articulado é fundamental para suprir as necessidades imediatas em uma situação de desastre com múltiplas vítimas.

### 5.2.1.1 Capacitações e treinamentos

Características dos pacientes e dos atendimentos foram registradas em um projeto que está sendo desenvolvido na instituição (CUSTODIO et al., 2013). Segundo este estudo, o perfil de pacientes atendidos no HCPA era de 18 pacientes críticos, 12 mulheres e seis homens, com idade média de 23 anos, que permaneceram em ventilação mecânica (VM), internados no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do HCPA com tempo médio de internação em CTI de 20 dias. Destes, 11 tinham queimaduras na face e membros superiores, além de queimaduras oculares, com superfície corporal queimada média de 21%.

No Rio Grande do Sul os centros de queimados são o Hospital Cristo Redentor e o Hospital Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre. O perfil destes pacientes, não é o dos que habitualmente são atendidos no HCPA, pois o mesmo não é referência em queimaduras, como exemplifica a fala abaixo.

*[...] muita dificuldade, porque como não é o perfil de pacientes que a gente atende no hospital. (E4)*

*[...] a gente foi buscar orientações porque realmente queimadura não é uma realidade nossa, a não ser pequenas, que é um pé, é um braço, uma face, uma coisa assim muito esporádica, né, não é rotina, então a gente foi... mas foi uma coisa nossa in loco, né. (E8)*

*Foi acontecendo ao natural, até porque o hospital nunca foi uma referência em queimados, né, mas a gente foi indo, foi fazendo, as equipes foram abraçando [...] foi um trabalho que foi desencadeado e à medida que as necessidades surgiam. (E16)*

Devido à complexidade da assistência destas vítimas, a demanda de assistência médica foi intensa, a necessidade de capacitações e treinamentos foi evidente frente a esta nova demanda de atendimentos, porém elas aconteceram, em um primeiro momento, no decorrer dos dias, conforme as necessidades iam surgindo, como na fala a seguir:

*[...] quando a gente chegava lá e mostrava, “Ai, é assim, a gente nem tinha ideia, né...”, então eles tinham muita dificuldade, então foi legal assim a gente ajudar e poder participar com conhecimento que a gente tinha da área, né. (E5)*

*A capacitação foi acontecendo, foram fazendo, foram perguntando, agora a gente faz assim, agora a gente faz assado, veio curativo, agora esse curativo a gente faz assim... (E11)*

Esta demanda diferenciada de atendimento requereu novos procedimentos, como os curativos a vácuo e o uso do sistema de Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO), que necessitaram de capacitação externa da instituição:

*[...] No decorrer dos dias teve uma colega que foi fazer uma capacitação em Santa Catarina, foi a Brida, sobre a terapia vácuo, né, que foi utilizado nos pacientes com enxerto, que eles fizeram enxerto e colocaram uma terapia pra melhorar a pele do enxerto, né. (E5)*

*E6[:] Teve, teve capacitação, eles usaram na época algum equipamento que veio até uma pessoa, uma enfermeira dos EUA, dar um curso naquele período, então o pessoal teve aula, não me lembro o que era, eu acho que é de suporte ventilatório, alguma coisa assim. Uma outra questão também foi os curativos pra queimadura, também, o pessoal buscou capacitação naquele momento, os próprios hospitais que atendem queimados deram as orientações, nós fomos buscar nos hospitais, enfim, teve esta troca de informação. (E6)*

Ocorreu um treinamento com uma enfermeira e um perfusionista que atuavam no Toronto General Hospital, no Canadá, referência em respiração extracorpórea; falaram sobre a utilização do ECMO, o tratamento e esclareceram dúvidas, tendo sido possível abordar a atuação dos profissionais da enfermagem em procedimento com o Ecmo (ESPAÇO ABERTO, 2013).

Após este primeiro momento, as capacitações foram mais bem organizadas, utilizando reuniões sistemáticas e a tecnologia de videoconferências, conforme a fala abaixo:

*[...] videoconferências que foram abertas, essas videoconferências foram excelentes, né, o pessoal falando com os tops do mundo. (E12)*

*[...] a gente fez várias reuniões determinando coisas pra ser feitas... É, mas assim, não foi uma coisa oficial... foi oficial dentro, por exemplo, do CTI, quando tava assim aquela coisa, cada um dizia uma coisa, a gente listou assim coisas que vão ter que ser, talvez esteja lá ainda, né... (E12)*

*[...] o que tem são protocolos, a gente fez algumas teleconferências, e videoconferências, pra repartir a experiência, especialmente o cuidado de via aérea, a gente fez uma que a gente sediou aqui, inclusive no hospital, no centro de pesquisa. (E16)*

A troca de experiência é essencial para qualificar o atendimento. No dia 30 de janeiro de 2013, foi “realizada uma videoconferência que reuniu hospitais com pacientes da tragédia a centros de referência do Brasil e de outros países no tratamento de queimaduras pulmonares.” (ESPAÇO ABERTO, 2013, p. 15). Participaram desta a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Trauma (Sbait), a Sociedade Brasileira de Queimaduras, hospitais universitários brasileiros e instituições de saúde de referência do Iraque e dos Estados Unidos.

Esta conferência “seguiu-se de uma série de outros encontros on-line, coordenados pela Força Nacional do SUS, decisivos para definir estratégias de tratamento de pacientes”. (ESPAÇO ABERTO, 2013, p. 15). A necessidade de divulgar a informação correta, de forma abrangente e rápida, era evidente naquele momento. Uma estratégia encontrada de divulgar as informações pelos gestores foi o *e-mail*, uma ferramenta institucional, de fácil acessibilidade e abarcante, como exemplificado nas falas abaixo:

*[...] as coberturas dos curativos em si, eu sei que, conforme as coisas vinham aparecendo, se mandava e-mail, porque não tinha muito como tu parar, “para tudo, vamos falar sobre essa cobertura”, não dava, né, era tudo... (E8)*

*Pra dar conta desse atendimento, na verdade a gente fez assim, mandava por e-mail e a gente orientada as equipes por turno, então a gente reunia as pessoas, eu reunia os enfermeiros, né. (E12)*

Como meio de capacitação, centros especializados em queimaduras foram visitados, como o hospital Santa Casa de Limeira, em São Paulo, que é referência neste tipo de socorro e abrange 88 cidades paulistas, tendo uma média de 300 atendimentos de vítimas de queimaduras ao ano, e a Unidade de Queimados do HPS, que é uma unidade de referência na assistência às pessoas vítimas de queimaduras e atende as exigências da Portaria nº 1273/2000 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

*[...] também pra conhecer o serviço, que tem um serviço grande de queimados lá, Limeira, São Paulo. Fui eu, o João e uma dermatologista. Nós fomos lá também. Pra conhecer e ver como é que eram os tratamentos. (E5)*

*[...] como era paciente queimado e a gente não tinha experiência, né, então o grupo de enfermeiros aqui do CTI conversou com os enfermeiros do grupo de pele e com os enfermeiros do pronto-socorro, pra ver como que seria feito essa assistência e os materiais e equipamentos que eram necessários, né... (E11)*

A realização de contato com os médicos que atenderam as vítimas de queimados da danceteria em Buenos Aires, Banco de Pele do Rio Grande do Sul (juntamente com o banco de São Paulo e Pernambuco) e Central de Transplantes do Estado também foram estratégias utilizadas, conforme exemplificam as falas:

*[...] as pessoas se treinando, se ligando, tinha tido um acidente, um incêndio em Buenos Aires uns anos atrás, numa boate, então o pessoal daqui fez contato com os médicos de lá pra aprender alguma coisa, porque foi, nunca tinha acontecido, né... (E8)*

*[...] então a gente teve que buscar isso, a gente buscou isso com o banco de pele, a central de transplantes também nos ajudou, a gente também acabou aprendendo coisas com o pessoal do HPS. (E16)*

Nesse contexto, a assistência à saúde vem sendo entendida como a articulação entre várias áreas do conhecimento para a busca pelas reais necessidades de saúde da população (MACHADO, 2007). Os profissionais da área da saúde são os responsáveis pela integração e continuidade das ações integrais em saúde, possibilitando a construção de um território comum, sendo um canal de comunicação, aumentando a continuidade da atenção à saúde.

No setor administrativo, os entrevistados relataram que estes treinamentos não foram necessários, pois somente houve um aumento da demanda, sem necessidade de nenhum procedimento fora do padrão, conforme a fala a seguir:

*Não tive que fazer nada naquele momento, a gente não teve que... porque, a princípio, administrativamente da equipe, não mudou nada pra eles... (E4)*

A complexidade dos atendimentos demandou capacitações e treinamentos a fim de padronizar os processos de trabalho, trazendo segurança na realização dos procedimentos. Evidenciou-se a diversidade dos meios utilizados para as capacitações, que aconteceram via videoconferência, uso de emails, a troca de conhecimentos tanto com profissionais, como com instituições de saúde, buscando um treinamento específico para a situação vivenciada.

### **5.2.2 A gestão interna e externa dos recursos materiais**

Em uma situação de desastre, ocorre um aumento da demanda de atendimento, o que consequentemente aumenta o consumo de insumos e materiais, necessitando de uma gestão adequada dos recursos materiais. O HCPA é um hospital público, de grande porte, cujos materiais e insumos são adquiridos conforme um processo específico. Segundo os depoimentos, todas as demandas de aquisição de materiais e insumos ocorreram nas áreas assistenciais desde o momento do transporte dos pacientes, e o estoque de materiais foi suficiente para o primeiro atendimento, tendo a atuação dos profissionais sido mais voltada para a gestão e organização destes.

*[...] a gente tem condições, o hospital muito... uma infraestrutura muito boa, o material, não faltou material... foi só a questão de conseguir organizar, respirador tinha... então essa questão de material de infraestrutura foi tranquilo assim. (E3)*

Dessa forma, umas das providências imediatas foi a organização de recursos materiais, que já tinha sido iniciada pelas enfermeiras que trabalharam no final de semana, conforme a fala abaixo:

*[...] foi um horror e daqui um pouco os pacientes tavam aqui e a gente tava atendendo eles, então foi tudo conforme a necessidade e foi tudo muuuuito bem, funcionou muito bem, né, porque os pacientes foram atendidos, veio a quantidade que seria possível vim. (E3)*

*[...] os próprios enfermeiros que estavam aqui, do sexto turno, já foram pensando assim o que eles precisaram mais ali na UV. Então, por exemplo, pacote de acesso central, pacote de traqueostomia, pacotes, coisas que a gente tem eventualmente na emergência, então as gurias já foram no CME, já providenciaram, deixaram uma mesa na unidade vascular com todos os materiais a mais que a gente poderia precisar, e mais medicações de urgência, mais tubo endotraqueal, sim, tudo tinha... Uma parte a gente já tinha aqui, mas a gente pensou em deixar um plus a mais, porque, num primeiro momento, a gente não sabia quantos pacientes viriam, se iriam ficar aqui, se iriam pra CTI, então a gente pensou naquele material de urgência, material para drenagem de tórax, traqueostomia, flebotomia, acesso central, esses materiais que a gente usa mesmo nas situações de urgência... e o hospital tinha... (E13)*

*Recursos materiais. Tudo se tinha, tudo se tinha... (E16)*

A assistência prestada a estes pacientes foi priorizada dentro da instituição hospitalar, conforme exemplifica a fala abaixo:

*Algumas coisas eu acho que tinha, até porque essas coisas mais físicas, material, bacia, roupas, eu acho que de repente desviou de um outro lugar pra cá, porque qual é a prioridade? Essa! Então tira para aquilo, prioridade essa, então meio que desloca. Eu não sei como é que eles gerenciaram isso, mas eu acho que muita coisa já tinha, muita coisa talvez tenha sido para costura, costura, a prioridade é isso, vamos fazer isso, sabe... (E8)*

Devido às características dos pacientes, em ventilação mecânica e com realização de fibrobroncoscopias diagnósticas, realizadas na chegada em todos os pacientes, houve necessidade de ventiladores respiratórios. Além disso, foi necessária uma grande quantidade de medicações, exemplificadas nas falas abaixo:

*[...] conversei aqui com a chefe de enfermagem, ãhh... enfim, a supervisora, já pedindo estes ventiladores... Foram essas coisas, a gente separou medicação, separou ventiladores. Tudo tinha aqui. (E2)*

*[...] já chamaram o engenheiro responsável pelos respiradores, que daí queriam também respirador a mais, que tinha respirador em manutenção. (E3)*

A demanda de materiais como bandejas para colocação de dreno torácico e cateteres fez com que o hospital tivesse que se organizar internamente para o atendimento imediato de vítimas de queimaduras, pois estes materiais já haviam sido adquiridos pelo hospital, porém não estavam em uso.

*[...] faltou, porque a maioria deles chegaram com pneumotórax, e faltou bandejas de dreno de tórax. Faltou, e eu me lembro que naquele momento tava todo mundo desesperado, porque onde é que conseguia mais material pra fazer?, porque quase*

*todos veio... Aí eu me lembrei que eu recém tinha comprado, porque muitos materiais especiais eu que compro [...] Lembrei na hora, eu tinha uns guardados aqui, levei, foi também o que salvou assim, porque senão a gente não tinha mais material, ia ter que ficar ligando pra todas as unidades, né, a gente usou daí esses cateteres. (E4)*

*Priorizaram, eu acho que priorizaram algumas coisas, algumas coisas tinha, a parte das coberturas eu acho que não. Eu acho que foi algo que as equipes ali definiram quem faria isso, tem o pessoal do setor técnico lá, da qualidade técnica, do almoxarifado, que vê isso... Deve ter entrado em contato com o fornecedor e veio material, então teve agilidade nisso. (E8)*

Porém, conforme os pacientes foram sendo admitidos no hospital, notou-se a necessidade de materiais não padronizados na instituição, isto é, que não faziam parte da relação de material utilizado rotineiramente, como, por exemplo, alguns curativos especiais, materiais para queimaduras, ECMO, eletrocautério e materiais para realização de fasetomias, estes tendo que ser adquiridos.

*[...] muita dificuldade, porque, como não é o perfil de pacientes que a gente atende no hospital, ah, a gente não tinha quase nenhum material pra atender pacientes queimados, né, então assim, a gente teve que comprar muita coisa [...] a gente teve que comprar mais materiais, a gente teve que comprar.... durante os dias depois. A gente mandou vir um equipamento de ecmo, naquela época [...] uma coisa que a gente não tinha, que a gente acabou adquirindo pro CTI, mas... por vários motivos, não só por isso, mas a gente usou muito naquela época aqui foi os eletrocautério, tinha que fazer em todos... (E4)*

*Sim, a gente, naquele momento, a gente começou pedir os materiais, né, pra instituição, esse que era o curativo de prata, que é um curativo mais caro, porque tu consegue manter mais tempo. (E5)*

*[...] então a gente começou a ver o que que esses pacientes também iam demandar de material, porque muitas coisas a gente não tinha aqui no hospital, porque a gente não tem pacientes queimados aqui, né. Então também teve uma ação rápida de definir que tipo de produtos a gente iria utilizar, por exemplo, alguns curativos que a gente não tinha. Então eles foram adquiridos e a gente começou a fazer uma gestão desses materiais que seriam utilizados aqui; então vários materiais que não eram padronizados, que a gente nunca tinha comprado, a gente começou a se organizar pra ter aqui [...] Comprar emergencialmente. (E7)*

Devido à necessidade imediata de compra destes materiais e a instituição ser pública, estas licitações foram realizadas em caráter emergencial, conforme as falas. O alto custo destes insumos também foi exemplificado nas entrevistas:

*Mas eu sei que aqueles rolos de curativos de prata que eu comprei era R\$ 1.800,00 cada rolo, e, assim, um rolo a cada dois dias por paciente; então eu me lembro que aquilo foi bem caro, os cateteres foram bem caros... (E4)*

*[...] como se trata de uma catástrofe, né, a gente consegue comprar numa modalidade emergencial, então a gente conseguiu comprar de uma maneira muito rápida, né. (E7)*

*A gente tinha um gasto absurdo por dia, porque assim, rolos e rolos de gelonete. Agora eu não foi me lembrar de todos os... talvez a Doris possa te dar um resumo melhor, mas a gente usava gelonete, a gente usava aquela outra cobertura, agora eu não vou me lembrar, depois eu te digo direitinho. Então às vezes faltava esse tipo de material, então a gente tinha que correr atrás. Então foi muita gente envolvida, né, além de material, antibiótico, a gente recebeu da Secretaria da Saúde um empréstimo de respiradores pra dar conta do número de pacientes internados, com essa necessidade, deixa eu ver o que mais... Medicamento pra dor também, eram um horror o que a gente usou de medicamento pra dor, e a gente tem um levantamento, a gente tem um livrinho que o hospital fez. (E12)*

O apoio institucional foi fundamental em todas as fases da organização e manutenção durante a permanência destes pacientes no hospital, pois envolvia custos elevados.

*[...] o nosso apoio foi tanto no sentido de doar, quanto no sentido de adquirir, né, então a gente... Houve todo um empenho da administração em que todas as necessidades de Santa Maria fossem atendidas, né, então tudo que... No momento que os pacientes começaram a ser transferidos pra cá houve um empenho muito grande institucional, né, pra que a gente analisasse todos os produtos que seriam necessários. (E7)*

*[...] então, da mesma forma assim, a administração também assumiu a aquisição desses materiais, eram materiais bastante caros, a gente teve um custo muito elevado com esses pacientes, mas sempre foram prontamente autorizados e atendidos da forma mais rápida, né. (E7)*

Porém este apoio institucional oportunizou que as necessidades fossem sanadas de forma praticamente imediata, qualificando a assistência prestada a estes pacientes.

*Apoio total, o que se precisou se conseguia, numa rota normal muitas vezes, falando dos curativos que a gente quer uma cobertura diferenciada, às vezes a gente tem que agilizar um processo que demora 24, 48 horas, ali parece que foi... estralou os dedos e tava ali o material, precisava cama, tava ali, precisava lençol, tava ali, foi tudo muito rápido. (E8)*

A gestão dos recursos materiais, juntamente com um maior consumo de insumos e a necessidade de compra de materiais teve impacto nos recursos financeiros, visto que o HCPA não é credenciado para atender pacientes queimados. A fala abaixo mostra a preocupação com os custos gerados pelos atendimentos a estes pacientes.

*[...] depois tudo isso, a gente teve que ir montando o que que esses pacientes gastaram pra pedir o pagamento então na Secretaria, porque o hospital de Clínicas não é um hospital credenciado pra atender queimados, então, a princípio, todos esses pacientes que entraram com queimaduras a gente não receberia o valor... Normalmente, hoje, se a gente recebe um paciente queimado, não é o hospital de Clínicas, não é credenciado pra atender, é o HPS, então a gente não recebe financeiramente essa conta, digamos assim; então a gente teve que ir juntando todo material pra depois pedir esse recurso pra ser ressarcido. (E9)*

A gestão de recurso financeiro eficiente dentro das instituições hospitalares é um grande avanço. O alto custo gerado por estes paciente gerou impacto nos custos hospitalares, sendo utilizado outro fluxo de cobrança para ressarcir as despesas médico-hospitalares.

Os gastos públicos do setor de saúde no Brasil incluem aqueles efetuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destinados ao equacionamento da doença. Neste componente de custo foram incluídas as despesas decorrentes de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, que juntos representam os custos diretos médicos, e as despesas com acompanhante hospitalar, que representa o custo direto não médico (Carlos Alexandre Rodrigues Pereira, et al. Avaliação econômica dos casos de Dengue atribuídos ao desastre de 2011 em Nova Friburgo (RJ), Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.9 Rio de Janeiro set. 2014).

Como houve intoxicação por cianeto depois da queima da espuma de poliuretano que revestia o teto da boate, uma droga foi trazida dos Estados Unidos para combater seus efeitos. A hidroxicoalamina foi indicada para parte dos jovens que tiveram contato com o gás tóxico. Segundo Geisiane Custodio et al. (2013), este medicamento foi usado tardiamente em um paciente com manifestações neurológicas do HCPA. Porém, o prazo para que tivesse efeito foi considerado insuficiente.

*Veio a medicação dos EUA, mas veio tarde, eu não sei se a gente chegou a usar em muitos pacientes, acho que foram poucos. (E4)*

Uma tática utilizada pelos gestores foi solicitar doação de recursos para uso imediato, pois a comoção nacional frente ao desastre se refletiu também no recebimento destes. Porém, se verificou que o hospital não tinha um protocolo para organizar estas doações.

*Sim, primeiro a gente pediu doação e eles trouxeram, a primeira leva veio doação, e depois foi comprado. É, são curativos bem caros... Bem caros... mas eles têm um nível de evidência muito bom, porque eles diminuem bastante a carga bacteriana. (E5)*

*É, vamos dizer assim, a gente fez com aquilo que a gente tinha, né, também outra coisa... a gente recebeu muita doação. (E11)*

*[...] então a gente recebia doações de todos os lugares do país. (E12)*

Estudo a respeito da preparação da assistência farmacêutica para desastres em cinco municípios brasileiros acometidos por desastres no país relata que, na precipitação de eventos, os municípios receberam doações muitas vezes não solicitadas, fosse da sociedade, de instituições ou dos governos federal e estadual. Porém, em apenas um município pesquisado existia um protocolo de doações (SOUZA; MIRANDA; CASTRO, 2014).

O uso equipamentos de proteção individual (EPIs), além da proteção dos profissionais de saúde, também se destina à redução do risco de transmissão de micro-organismos, principalmente em pacientes queimados. Estes equipamentos tiveram uma demanda de consumo maior que o habitual.

*Olha, assim, o que eu posso te falar, claro que teve uma demanda maior de EPIs, né, houve uma demanda maior, né, e... de aventais, claro, porque as pessoas não podiam ter nenhuma contaminação, porque estava todas queimadas. (E1)*

*[...] a gente organizou mais ou menos os EPIs e as coisas que iriam precisar, e deixamos um monte de medicação... (E2)*

Para atender a estas demandas, uma das estratégias gerenciais utilizadas pelos gestores foram reuniões sistemáticas para discussão da situação dos pacientes e necessidades:

*E quando foi montado esse gabinete de crise, que depois a gente denominou gabinete de crise, mas que existia antes em Santa Maria, por exemplo assim, eles faziam reuniões todos os dias para ver o andamento dos pacientes, e se reuniam, vamos dizer, a coordenadora dos suprimentos, então, olha, vai ter que vir lá dos estados unidos esse medicamento, tal e tal, era aberta essa linha de compra. (E1)*

*[...] enquanto isso aconteciam reuniões diárias, pra ver se está tudo certinho... Ana, está tudo certo? Não está faltando EPIs? Está faltando EPIs, o suprimento tem como? Farmácia, está tudo certo? (E2)*

O HCPA conta com um serviço de engenharia atuante dentro das dependências do hospital. Frente às novas necessidades surgidas no atendimento as vítimas de Santa Maria, foi criado um protótipo de um suporte para colocar o lençol, visando à privacidade das mesmas, sem causar desconforto ao paciente vítima de lesões de pele.

*[...] até coisas especiais que foram feitas, na nossa própria engenharia, por exemplo, a pessoa não podia estar com nenhum lençol porque estava toda queimada, então o pessoal fez um protótipo de uma coisinha pra colocar o lençolzinho, pra pessoa ficar ali, adaptar nas camas. A nossa engenharia fez, rapidamente, que tem aqui a parte de serralheria, fizeram lá... uma cabaninha, pro pessoal ficar com privacidade e não encontrar nada... (E1)*

O atendimento destas vítimas gerou uma movimentação de material dentro do hospital, tendo muitos equipamentos sido deslocados de seus respectivos locais sem o devido controle. Bernardes (2009, p. 10) destaca que controle patrimonial é uma forma pela qual as organizações gerenciam todos os bens móveis e imóveis, sendo estes bens utilizados pelas organizações na consecução dos objetivos vinculados às políticas públicas vigentes, em última análise, na execução dos serviços públicos.

*[...] muitos equipamentos também, que os profissionais iam tirando das áreas, e o administrativo que é responsável. Sai com uma bomba de não sei o quê, tudo, tudo eles que são responsáveis, depois tem que dar conta. E o material era retirado, numa situação de catástrofe. Até que isso a gente organizou um fluxo, então a gente deixou cada paciente, o 001 que, cola do lado que alguém do suprimento... (E1)*

*[...] equipamento foram saindo, pra serem levados até SM, nossos, emprestados, e aqui a gente não teve um bom controle disso. Também, naquela ansiedade, naquela situação de ajudar, vai, vai, vai, pega o equipamento e leva. (E6)*

*Porque, por exemplo, o material, ah, Santa Maria precisa de material, a gente abriu as prateleiras e foi pegando as coisas e levando. E aí depois começaram a pensar, ah, mas o que que foi? Bah! daí tu ia atrás de tudo que foi... (E9)*

Devido à dimensão do desastre, não havia possibilidade de recursos humanos e materiais suficientes. Assim, o HCPA disponibilizou os profissionais médicos e enfermeiros para o transporte aéreo, bem como materiais médico-hospitalares para abastecimento das aeronaves, além de doação de materiais para uso do hospital universitário. As falas abaixo remetem às necessidades no momento da tragédia, aos contatos com as equipes de saúde de Santa Maria e suas expectativas.

*[...] conversei aqui com a chefe de enfermagem, a supervisora, já pedindo estes ventiladores, aí [...] e aí eu entrei em contato com o pessoal lá e eles me falaram que estava começando a faltar tubo, e nós começamos a separar equipamento pra levar [...] disponibilizar aeronaves pra gente e que já tinha três aviões e que estava vindo um avião do Rio de Janeiro, e já tinha dois helicópteros fazendo voo direto pra preparar. Levamos o aparelho de eco, que é a forma que a gente fez no exterior, que serviu muito, a gente fazia eco nos pacientes antes de entrar no avião pra detectar pneumotórax, pra ver, enfim, ver se tinha líquido livre no abdômen, essas coisas [...] quando a gente decolou daqui, a gente levou oxigênio, ventilador, medicação, tubo, toda a equipe de médicos, toda a equipe de enfermeiros. (E2)*

*[...] equipamento foram saindo, pra serem levados até SM, nossos, emprestados [...] naquela ansiedade, naquela situação de ajudar, vai, vai, vai, pega o equipamento e leva. (E6)*

*[...] a gente abriu o almoxarifado pra tirar medicamento, pra tirar... É, e aí foi bastante coisas assim de sacolas de medicamento, coisas que a gente, que a equipe levou pra atender e foi doação do hospital, né, acabou doando. (E9)*

*A gente levou alguma coisa do hospital, né, daqui a gente já levou ventiladores de transporte,ambu, tubo, luvas, a gente levou muita coisa daqui, né. A gente reuniu algumas drogas, vasopressoras, sedativos, a gente levou tudo daqui, mas muita coisa tinha lá também, né, então a gente na verdade entregou esse material lá. (E10)*

A administração do HCPA e as equipes de emergência organizaram um grande número de operações para auxiliar no resgate às vítimas, assim o planejamento do hospital para atuar diante desta situação foi desencadeado rapidamente. Equipes extra da Emergência foram mobilizadas e médicos, enfermeiros e técnicos com experiência em trauma foram

deslocados até Santa Maria, para auxiliar no atendimento aos feridos e no transporte dos mais graves até Porto Alegre, em conjunto com a Força Aérea Brasileira (ESPAÇO ABERTO, 2013).

### 5.2.3 Gestão dos recursos físicos: o desafio de disponibilizar leitos

Os principais recursos físicos necessários para o recebimento destes pacientes foram os leitos hospitalares, tanto da emergência como no Centro de Terapia Intensiva (CTI). O planejamento do hospital desencadeou-se rapidamente e medidas, como a restrição do atendimento habitual da emergência, foram adotadas, visando à liberação de leitos (ESPAÇO ABERTO, 2013).

Atualmente a Emergência do HCPA tem capacidade para receber 41 pacientes adultos e nove pacientes pediátricos. Essa estrutura divide-se em seis setores: acolhimento com avaliação e classificação de risco; unidade de observação pediátrica; unidade de observação verde; unidade de observação laranja; unidade de internação; e unidade vascular. Assim como as demais emergências do país, este serviço tem um problema de superlotação, e no dia 20 de maio de 2015 à tarde a lotação era de 136 adultos e 19 pacientes pediátricos<sup>6</sup>.

Nesse contexto, para o recebimento das vítimas de Santa Maria, a unidade vascular (UV) foi desocupada, para que primeiramente estes pacientes fossem admitidos na emergência e, após estabilizados, transferidos para a UTI.

*[...] foram tomando essa decisão de transferir pacientes pra outro lugar, que é essa, esse é o principal problema, liberar espaço pra receber as pessoas. (E6)*

*[...] fazer todo o processo de esvaziamento da emergência pra receber esses pacientes, porque eles entravam aqui pela emergência já se estabilizavam e subiam pro CTI, mas todos os pacientes entraram pela emergência, se estabilizavam aqui e subiam. (E9)*

*[...] a única coisa que eu acho que a gente conseguiu se organizar de, entre aspas, de deixar um número menor de pacientes, e em situações de catástrofe tu tem que fazer isso, então esse também é o nosso fazer, e a gente tem capacidade: bom, quem tá melhor tem alta, vai pra unidade, a gente vai deixar área física reservada para esperar esses pacientes. (E13)*

Para que os pacientes pudessem ser internados, primeiramente a idéia foi estruturar uma UTI fora da estrutura habitual, porém esta hipótese foi descartada, visto que a demanda de recursos seria inviável.

<sup>6</sup> <<https://twitter.com/hcpa>> e <<https://www.hcpa.ufrgs.br>>

*[...] estavam gerenciando os leitos, era que a gente precisaria abrir uma nova UTI em algum local do hospital pra dar conta do suporte para esses pacientes. Então a dra., que hoje é a vice-presidência médica, já tinha entrado em contato com os médicos da UTI pra que a gente conseguisse abrir uma UTI no nono andar, pra gente estruturar com respirador, tudo o que era preciso, né, e mais quadro de pessoal [...] não precisou abrir uma unidade nova, que ia ser um grande transtorno, então a gente conseguiu dar conta da demanda, então o que a gente precisou estruturar. (E12)*

Com isso, a conduta foi a liberação de leitos em unidades de internação, viabilizando a transferência dos pacientes da UTI, assim, conseqüentemente, liberando leitos de cuidados intensivos para receber esta demanda de atendimento. O papel desempenhado pelos gestores foi fundamental, pois utilizaram estratégias para agilizar as altas hospitalares.

*A gente organizou a logística na verdade, da chegada deles aqui no hospital, desde verificar junto às equipes da UI como a gente podia fazer para tirar, o quanto antes, os pacientes que tinham condições de sair pros andares, pra liberar vagas na CTI, mediamos com a equipe da emergência. (E15)*

*Na verdade, assim, a gente agilizou as altas, a gente não mandou, não tinha como criar novas altas. Então, sempre é dito que preferencialmente se dê as altas de manhã pra agilizar a saída dos pacientes da emergência, mas, nesse caso específico, a gente foi em todos os andares conversar com as pessoas que estavam de plantão, ou com os enfermeiros, ou com os residentes, pedindo que eles verificassem, dentre os pacientes, quem estavam com condições de alta, quais eles poderiam agilizar, a saída pra gente tirar esses da UTI [...] então, neste caso específico, a gente pediu quem pudesse sair, que fosse liberado, em todos os andares, inclusive na emergência. (E15)*

*[...] bom, e dali mesmo a gente já começou a organizar aqui. Então, contingenciar leito de CTI, né, que a gente começou a separar leitos, a gente acabou usando 19 leitos aqui ao longo do tempo, e preparar a emergência, preparar a equipe pra atender os pacientes que começaram a chegar de avião naquela tarde. (E16)*

Dentre as medidas adotadas, a triagem para possíveis transferências para leitos em unidade de internação, transferência de pacientes para Unidade de Cuidados Cardíacos (UCC), alguns fluxos foram invertidos, como, por exemplo, pacientes retornando a Sala de Recuperação (SR).

*[...] começamos nós ajudar, agilizar as possíveis altas da UTI, os que podiam sair a gente começou a ver leito, porque às vezes é complicado ter leito, né, começou ver os mexes pra liberar o leito e tal [...] de infraestrutura foi a questão dos leitos propriamente dito, né, que a gente teve que fazer remanejamentos, que a gente começou durante o dia fazendo remanejamentos e que durante a noite foi feito mais ainda, pra colocar mais... (E3)*

*É, então eu acho que teve alguma coisa que a gente conseguiu fazer, é isso de tirar pacientes da UTI, remover pro andar, de improvisar, né, descer o paciente pra UCC, de fazer esse manejo pra receber esses pacientes. Então acho que isso foi uma coisa que os profissionais aprenderam, né. (E10)*

*[...] fluxos contrários que tiveram que ser determinados, né, pacientes, por exemplo, voltando pra SR, pra UTI da SR, pra liberar aqui... (E4)*

Porém, à medida que o hospital foi se organizando para receber os pacientes, a estratégia utilizada pelos profissionais foi modificada para a redução do número de cirurgias cardíacas e suspensão de cirurgias eletivas, além de agilizar o máximo possível as altas no CTI (ESPAÇO ABERTO, 2013).

*[...] a gente fez uma combinação de reduzir o número de cirurgias cardíacas que a gente tinha. Então a gente cancelou as cirurgias, ficou liberado só cirurgia de urgência, obviamente. E aí a gente deixou em aberto, que eram seis leitos aqui em cima, que eram pós operatório de cirurgia cardíaca, a gente deixou específico pra receber esses pacientes. (E12)*

*[...] entende, mas acabou que a gente desmarcou algumas cirurgias eletivas, então a gente acabou usando a estrutura, mas a gente teve que abrir mão de algumas cirurgias eletivas, então, enfim, deu tudo certo. (E16)*

O cancelamento de cirurgias é uma estratégia adotada nestes casos e foi prevista pelos hospitais que sediariam a Copa do Mundo, nos planos de contingência frente à capacidade de resposta em caso de desastre. Nestes, as estratégias descritas para o aumento desta capacidade foram: o cancelamento de procedimentos eletivos (12%); utilização de corredores e outras áreas de cuidados de não pacientes (26%); transferência de pacientes para outros hospitais (12%); e usando hospitais campo (6%). Os demais entrevistados (49%) afirmaram pouca capacidade de uma rápida intervenção para atender à demanda (SHOAF et al., 2014).

A possibilidade da oferta de leitos de acordo com a disponibilidade auxilia na organização do serviço de saúde devido à complexidade do caso específico.

*[...] no final da manhã, então, foi decidido que a gente iria oferecer leitos, que daí já tinha a notícia concreta que tinham pessoas... vários mortos, e tinham pessoas, jovens que tinham inalado fumaça e tavam levando pra vários hospitais, e aí que veio a coisa de... (E3)*

*[...] da gente abrir também pra eles; e aí começou a ver também quantos leitos a gente tinha disponível de UTI, que eram pacientes graves... Com ventilação mecânica. (E3)*

*[...] e aí, no domingo de tarde a chefe de emergência aqui do hospital me falou que tinha possibilidade de se transferir pacientes aqui pro Clínicas. (E7)*

O hospital disponibilizou em um primeiro momento seis leitos, cinco na CTI adulto e um leito na CTI pediátrica, conforme sua capacidade.

*E3[:] nós entramos em contato com os contratados da UTIPE, nós, as supervisoras, NE . Eu fui na UTIPE perguntar se tinha algum leito, porque a UTIPE recebe adolescente até... e no caso nem, era uma exceção, fui ver se tinha leito, daí nos colocaram à disposição um leito na UTI pediátrica (...) daí tinha em primeira mão cinco leitos já de UTI, cinco leitos na UTI e mais um de UTI pediátrica, né, mais ou menos isso que eu lembro assim. (E3)*

O Serviço de Terapia Intensiva (SETI) do HCPA tem capacidade para atender 39 pacientes adultos de alta complexidade nas diferentes especialidades médicas. Atualmente existem três Unidades de Tratamento Intensivo, sendo a UTI 1, com 21 leitos, a UTI 2, com 13 leitos e a UTI 3, localizada no 3º andar da Ala Norte, com cinco leitos<sup>7</sup>. Devido à demanda especial, a estrutura foi organizada da seguinte maneira: na UTI 1 permaneceram os pacientes com lesão aberta de pele, na UTI 2, pacientes com lesão interna, e na UTI 3, os pacientes com lesão de pele, conforme detalhado a seguir.

*Como a gente segregou os pacientes, área 1 é cardíaca, pacientes com lesão aberta de pele, área 2, pacientes com lesão interna, então assim, na área 2 ficou concentrado só os pacientes com lesão interna, queimadura interna, então não tinham lesão de pele . Por que a gente fez isso? A gente queria essa área. A área 2, geralmente, é a que concentra os germes multirresistentes, então a gente tentou não misturar pra não dar contaminação, e agora eu me perdi no que eu estava dizendo... e na área 3? E a área 3, lá embaixo, também ficou com paciente com lesão de pele . Tá, a gente sempre tentava colocar os pacientes menos graves na UTI 3, porque era uma área menor, uma estrutura menor, não programada de UTI, não tinha um espaço entre os leitos, que é o que a legislação exige, então a gente tentava não deixar os pacientes mais graves lá, os pacientes mais graves ficavam aqui em cima. E, na evolução deles, os pacientes que precisavam de diálise, alguns precisavam de amputação, então, foi bem complicado. (E12)*

A disponibilização de leito na UTI pediátrica se mostrou positiva em um primeiro momento, pois uma das vítimas pôde ser internada, porém devido à dificuldade de manejo das equipes, a paciente foi transferida para a UTI adulta, conforme os relatos:

*[...] a UTI pediátrica recebeu mesmo um paciente, um adolescente, uma moça, não lembro se ela tinha 16 ou 17 anos . Era uma mais novinha que botaram na UTI pediátrica em função da idade mesmo, mas depois acabou que ela foi transferida pra UTI em função de manejos, porque era uma adulta, né. Daí, já tinham dificuldade de atender ela, acabou indo pro CTI de adulto. (E3)*

*E uma só foi recebida na UTIP primeiro, porque não tinha mais vaga aqui em cima, depois foi transferida pra cá, uma menina, Joana. E... mas todos passaram por aqui, então a gente teve que acelerar muito alta, saídas dos pacientes... (E4)*

O volume de internações de paciente graves também impactou o serviço, pois, mesmo todas as internações não sendo simultâneas, em apenas dois dias ocorreram 18.

---

<sup>7</sup> <<http://www.hcpa.ufrgs.br/>>

*[...] porque aqui no CTI também, o que aconteceu, a gente teve que liberar... a gente... ao todo, do sábado até segunda, a gente recebeu dezoito pacientes ao todo. Todos passaram por aqui. (E4)*

*[...] E leitos para liberar e para receber; então se não foi dezoito na mesma hora, mas foi dezoito de... eu nunca tenho dezoito internações em dois... dias, praticamente, né, então foi toda uma movimentação. (E4)*

Outra demanda de atendimento, frente à gestão de recursos físicos, foi organizar um local para acomodar os familiares dessas vítimas, visto que muitos eram do interior do estado. Uma solução encontrada foi a utilização do anfiteatro do HCPA, como estrutura de apoio.

*E depois ampliaram as necessidades deles (familiares) pois estavam longe de casa... sem conhecer a cidade aqui, procurando de hospital em hospital... as pessoas, né... às vezes chegavam aqui sem saber se eles estavam aqui mesmo... né... ia no HPS, ia no Cristo, teve gente que, acho, entrando aqui e olhando... às vezes a pessoa não tinha nem documento. (E15)*

*[...] a segunda providência, e concomitante, na verdade, foi montar uma estrutura de apoio pras famílias que estavam chegando. Então a gente montou no auditório, no Albuquerque, com o grupo da assistente social, da psicologia, pra fazer o acolhimento das famílias, e aquilo perdurou por mais de um mês. (E16)*

*A ideia foi do professor Pedro no domingo, logo que aconteceu ele já nos ligou, né, pedindo que já abrisse o anfiteatro pra acolher os familiares [...] providenciar também toda a estrutura, né, café, água, a parte da locação do espaço mesmo. (E17)*

Dessa forma, na chegada ao HCPA, os feridos foram encaminhados para a emergência e posteriormente para UTI, e seus familiares para o anfiteatro do hospital, onde foi montada uma estrutura de acolhimento com suporte do serviço social e psicologia (ESPAÇO ABERTO, 2013).

### **5.3 Legados em um hospital universitário: repercussões na gerência e na assistência**

Nesta categoria serão apresentados os legados promovidos frente à gestão do desastre de Santa Maria, bem como as suas repercussões dentro de um hospital universitário, que serviram como base de planejamento estratégico posterior à situação vivenciada. Define-se legado como podendo ser planejados e não planejados, positivos ou negativos, estruturas tangíveis ou intangíveis que foram e/ou serão criados através de um evento e permanecem após o mesmo (PREUSS, 2006). Como subcategorias, os legados foram classificados como tangíveis e intangíveis.

### 5.3.1 Legados tangíveis: preparando o hospital para o atendimento em situação de desastre

Os legados tangíveis incluem toda a infraestrutura, caracterizando-se pela possibilidade de mensuração e análise de suas características, como, por exemplo, o custo-benefício ou qualquer outro tipo de análise econômica (MAZO; ROLIM; DaCOSTA, 2008). Como legados tangíveis, foram relacionados o Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas, que sofreu várias modificações e adaptações frente ao atendimento prestado, as novas tecnologias que foram utilizadas e continuam sendo utilizadas, e a produção científica.

#### 5.3.1.1 Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas

O Plano de Contingência tem sido considerado como o conjunto dos procedimentos e de ações para atender as situações de risco e atendimento a emergências, em que seja necessária a intervenção para a redução de eventos adversos no sentido de minimizar os seus efeitos (NOGUEIRA, 2002).

Com um plano de ação, o trabalho não é realizado na base da improvisação e nem funciona ao acaso. O desenvolvimento das atividades neste planejamento será converter as prioridades e objetivos comuns em metas específicas para cada indivíduo, em cada situação de desastre (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2010).

De acordo com os profissionais, a experiência vivenciada no atendimento das vítimas de Santa Maria, serviu como base para a construção de um Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas.

*[...] posteriormente quando a gente foi fazer, escrever um plano de assistência a catástrofes externa, aí sim, aí nos usamos a nossa experiência no atendimento... (E1)*

*Nós não tínhamos, e aí a própria experiência [...] quando aconteceu a tragédia de Santa Maria, foi quase como se a gente tivesse feito um simulado para uma catástrofe externa. Nós usamos a nossa experiência. (E2)*

*[...] ele ficou muito completo [...] mas em virtude de tudo da experiência que tivemos em Santa Maria. (E12)*

Este plano define o HCPA, em função de seu compromisso com o atendimento à população, a pacientes de alta complexidade, e reafirma a responsabilidade da Comissão de

Rotinas de Emergências e Catástrofes (CREC) em organizar a resposta do hospital a situações de emergência internas e externas, incluindo atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes de grandes proporções. O plano de contingência prevê o atendimento a catástrofes, desde o momento em que alguém no hospital percebe ou é comunicado de que se trata de um evento de grande magnitude, até que as autoridades competentes determinem que esta situação de excepcionalidade chegue ao fim (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

Esta é uma determinação que tem sido recomendada internacionalmente. No Peru, onde acontecem inúmeros desastres, uma norma técnica para os serviços de emergência de todos os hospitais que atendem situações de emergência detalha objetivos, responsabilidade, organização dos serviços, atribuições das unidades essenciais e de apoio, guia completo de procedimento, recursos humanos, capacitações e tecnologias. Da mesma forma, o Plano Institucional do HCPA, além das normativas, também estabelece um Comitê Técnico para os Serviços de Emergência responsável pela execução de capacitações, visando ao preparo para prevenção e à organização dos atendimentos na ocorrência de uma situação de emergência.

Normalmente a sociedade está mais preparada para os pequenos desastres naturais, em virtude de sua elevada frequência (KOBAYAMA; MASATO, 2006). Talvez por isso, anteriormente ao desastre, na instituição hospitalar havia um plano de catástrofes internas, o qual abrangia apenas sinistros internos.

*O que trouxe de bom pra nós foi esse aprendizado, a gente, através de reuniões, a gente discutiu no CREC também e pôde melhorar o nosso plano, que a gente tem plano de catástrofe interna, né, que é pra incêndio e outras situações, alagamentos... (E6)*

*[...] a gente não tinha até então um plano pra catástrofes, né, assim... Concreto assim, com passo a passo, e acho que depois disso o que ficou de legado foi esse plano pra catástrofes, né. (E9)*

*[...] pra, caso aconteça uma tragédia, ter um plano de contingência organizado, que a gente não tinha na época; mas, mesmo não tendo, as coisas aconteceram de uma maneira muito organizada (...) hoje a gente já sabe o que fazer, se acontecer, a gente já sabe o que fazer. (E11)*

A Estratégia Internacional para a Redução de Desastres, em seu quinto item, “Esteja preparado e pronto para atuar: fortalecer a preparação em desastres para uma resposta eficaz a todo nível”, traz como preparação desenvolver e colocar em prática com frequência os planos de contingência, esclarecendo que “a organização e os planos efetivos de preparação também ajudam a fazer frente a muitos dos desastres de pequena e média magnitude, os quais se produzem reiteradamente em muitas comunidades” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p. 4).

Porém, quando ocorre um desastre que ultrapasse a capacidade de suporte das medidas de preparação e resposta, os danos e prejuízos são extensivos, podendo tornar-se um evento catastrófico, o que justifica a importância de se continuar pesquisando e preparando para os grandes eventos (KOBAYAMA; MASATO, 2006). Por isso, a experiência vivenciada na tragédia serviu para melhoramento e aprimoramento do plano institucional.

No Plano estão descritas as situações que envolvam a saúde da população relacionadas a catástrofes e ameaças externas, para as quais será acionado.

- Quando ocorrerem catástrofes externas com vítimas no município de Porto Alegre, em situações clínicas e de intensivismo, em que o HCPA funcionará como retaguarda do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS);
- Em situações de catástrofes externas e epidemias mais prevalentes nas proximidades, no município e no estado do RS como: incêndios, explosões, desmoronamentos, fenômenos da natureza (ciclones, grandes enchentes, vendavais), desastres em grandes eventos;
- As situações prevalentes nos últimos anos em Porto Alegre e no estado foram: influenza, dengue, incêndio de grandes proporções no estado RS, queda de várias pessoas em estádio de futebol, vendavais e ciclones. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a, p. 2).

Pode-se notar que o plano tem por indicação atuar como retaguarda do HPS, abrangendo atendimentos a múltiplas vítimas tanto em desastres naturais como desastres em eventos, como foi o incêndio na boate de Santa Maria.

Muitos aprendizados neste atendimento foram exemplificados pelos profissionais envolvidos, e posteriormente descritos no Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas, dentre estes a necessidade de avaliar a magnitude do evento, identificação dos pacientes e medidas de conduta relativas à mídia. Referente à gestão dos recursos humanos, a necessidades da criação de um gabinete de crise (ou célula de crise), a gestão de recursos materiais, como a necessidade de suprimentos, e os recursos físicos, definindo fluxos como a porta de entrada desses pacientes e as prioridades de atendimento - como a suspensão de cirurgias eletivas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

Este plano tem, dentre seus objetivos: Estabelecer as diretrizes para a reconfiguração imediata da estrutura de atendimentos do hospital em situações de catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas; Integrar o HCPA aos outros elementos da rede de resposta à catástrofe (Governo Federal, Governo do Estado, Prefeitura Municipal, Defesa Civil, Bombeiros, Forças de Defesa, SAMU); Organizar o acesso aos recursos visando à preservação da vida, embasado em protocolos internacionais de triagem de pacientes; Garantir o fluxo de recursos necessários para atendimento com segurança dos pacientes e dos profissionais envolvidos e estabelecer canais oficiais de comunicação com os familiares de pacientes, com a imprensa e com as

outras instituições envolvidas na assistência e comando da crise (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

O plano institucional do hospital está escrito de forma detalhada, com algumas instruções específicas, tendo como hipóteses de atendimento os acidentes com múltiplas vítimas, com previsão de atendimento a 15 pacientes graves, como, também, através da sua emergência, a demandas advindas da Secretaria da Saúde e Defesa Civil, e casos de epidemias em que o hospital faz parte da rede de atendimento e se reorganiza conforme a demanda e patologia.

O subitem “acionamento do hospital para contingência” define que o profissional que receber a informação inicial dos órgãos oficiais de segurança/Defesa Civil/saúde ou autoridades competentes ou a partir de informação trazida por vítimas chegando à Emergência (demanda espontânea) deve acionar o coordenador do plano de contingência para catástrofes, coordenador suplente ou VPM.

Após o acionamento do hospital, o plano determina que se realize a “Avaliação da Magnitude do Evento”, e indica que o coordenador da catástrofe ou vice-presidência médica inicie o processo de avaliação do tipo do sinistro, da quantidade de vítimas e gravidade presumida, a fim de acionar o nível de resposta adequada.

Os desastres são quantificados em função dos danos e prejuízos em termos de intensidade, enquanto que os eventos adversos são quantificados em termos de magnitude. A intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do evento adverso e o grau de vulnerabilidade do sistema receptor afetado ou cenário do desastre. Para que se caracterize um desastre, é necessário que “ocorra um evento adverso com magnitude suficiente para, em interação com o sistema receptor (cenário do desastre), provocar danos e prejuízos mensuráveis e existam, no cenário do desastre, corpos receptores ou receptivos vulneráveis aos efeitos dos eventos adversos”. (CASTRO; COIMBRA, 2006). O desafio do serviço de saúde é avaliar estas condições, tal como ocorreu neste caso, em que as vítimas encontravam-se em outro município.

*[...] a gente entendeu que, quando acontece essas coisas, primeiro a gente tem que avaliar a magnitude, que a gente não tinha, né... que tipo de evento é esse, é um evento que tu vai conseguir suprir junto com tuas atividades normais do hospital. (E1)*

Esta avaliação inicial descreve detalhadamente as informações necessárias, com questionamentos específicos. Exemplificando: O que aconteceu? Número total de vítimas? Tipo de lesões/ferimentos? Número de vítimas previstas para o hospital? E previsão do tempo de chegada ao hospital.

Essa coleta de informações no primeiro contato é fundamental, pois é a partir destas que se iniciarão o preparo e os acionamentos necessários para o atendimento. No plano há descrita uma lista de meios de acionamentos, bem como os respectivos responsáveis.

Após esse atendimento, a elaboração e aprovação do Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas determinam diversas normativas, no quesito gestão de recursos humanos, dentro do capítulo de competências e fluxos. O mesmo abrange: a necessidades da criação de um gabinete de crise (ou célula de crise), bem como a descrição do acionamento e fluxograma e coordenação do mesmo, comunicação à Administração Central (AC), coordenações de áreas e ativação de especialistas envolvidos no atendimento destas vítimas.

Essa avaliação representa uma forma de se dispor de justo e eficaz dimensionamento de recursos humanos, propiciando às instituições planejamento que vise benefícios para todos os envolvidos, em especial os pacientes.

O plano determina que a coordenação da catástrofe será designada pela Administração Central, sendo o coordenador do CREC “o profissional responsável que deve coordenar a contingência, auxiliado pelas coordenadorias da célula e sob a tutela da Administração Central do Hospital (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a, p. 7).

Conforme o fluxo descrito no plano, há o acionamento da Célula de Crise (ou Gabinete de Crise), cujo médico coordenador do plano de catástrofe, ciente de um evento de múltiplas vítimas e situação de catástrofe, de acordo com este plano aprovado pela direção do hospital, está respaldado e tem a obrigação de acionar a célula. A célula de crise será acionada conforme o fluxo de acionamento do plano de catástrofes do HCPA, como mencionado:

*Então, a primeira coisa avaliar, criar um gabinete de crise que tinha sido feito informalmente em virtude da tragédia de Santa Maria. Eu acho que ele surgiu a partir de Santa Maria, que é daquelas coisas que eles faziam reuniões diárias, parte médica, suprimentos, professora [...] a partir daí começou a concepção desse gabinete de crise, depois a gente chamou de célula de crise, gabinete, mas começou daí. (E1)*

*Hoje, a gente tem uma preparação dentro do hospital para montar uma célula de crise. Então essa célula de crise vai ser o poder decisório. (E2)*

*Todas as pessoas sabem disso, sabem dessa responsabilidade, e aí ela vai pra essa célula de crise, e dentro da célula de crise tem todas as entidades que a gente achou importante. A coisa oficial, entende, então, esse legado ficou, a organização disso tudo brotou dessa necessidade. (E3)*

Conforme Trindade e Farah (2010, p. 7) o funcionamento do gabinete de crise, ao concentrar-se no lado prático do prevenir e do gerenciar crises, se resume a colocar juntos os setores que possuem responsabilidade ou interesse na razão de ser da crise.

Os passos seguintes, conforme o plano, são a comunicação à administração central, que deve ser realizada pelo médico coordenador do plano de catástrofes sobre a ocorrência, e quais as expectativas com relação ao número de vítimas e gravidade, além de informar que foi acionada a célula de crise e que os procedimentos de operação padronizada de atendimento a catástrofes e múltiplas vítimas serão iniciados, tendo em vista que a Administração Central é responsável pela coordenação da célula de crise (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

O fluxograma de acionamento da célula de crise também está descrito no plano. A convocação da presença de todos os membros depende da missão de cada um destes dentro no plano institucional, e todos respondem à Administração Central do hospital e ao coordenador de catástrofe.

A composição da célula de crise inclui as diversas áreas de atendimento e necessidades, e abrange, além da Administração Central do Hospital (Presidente, VPM, GENF, VPA), várias coordenações, como as de Catástrofe (CREC), Médica de leitos e atendimento (NIR, CTI, Emergência, Enfermarias, BC), suprimentos (Medicamentos, materiais e equipamentos), Administrativa (Identificação e transferência interna e externa de pacientes, acionamento de exames radiológicos, laboratório e banco de sangue), Recursos Humanos (convocação e alocação, distribuição de pessoas), Comunicação (Assessoria de Imprensa, porta-voz, mídias), Atendimento às famílias (serviço social e psicologia), Jurídica, especialidades médicas de acordo com o tipo de catástrofe, além da coordenação de segurança e circulação (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

A necessidade das ações multiprofissionais é fundamental, a articulação da assistência saúde acontece em nível intersetorial, podendo ser entre os setores e serviços municipais, como também entre o hospital e as unidades de saúde e vice-versa. Conforme Machado (2007), a sustentabilidade das ações do hospital requer o estabelecimento contínuo de parcerias interssetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde.

Todas estas medidas devem ser tomadas de forma imediata, resolvendo a situação momentânea do acontecimento, e posteriormente discutidas e registradas no plano institucional. O impacto na gestão de pessoal teve como legado o estabelecimento no plano institucional, da Coordenação de Recursos Humanos, que deverá contatar os chefes de cada

uma das áreas assistenciais para que sejam acionadas equipes extras de atendimento conforme a previsão de necessidades em função de número de pacientes (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a). Os acionamentos seriam das chefias e suas respectivas equipes da emergência, Centro de Terapia Intensiva (CTI), radiologia, laboratório, banco de sangue, bloco cirúrgico (e serviços relacionados), administrativa, segurança e ambulatórios.

Depois de organizado, fica evidente a importância do envolvimento do RH, pois é este setor o responsável pelo controle de entrada e saída dos funcionários, conforme as seguintes falas exemplificam:

*[...] que na verdade as pessoas não devem chegar e ir pros seus setores, elas devem se apresentar, chegar nesse comitê, e daí elas são designadas pra algum lugar... não é que tu é enfermeira do 5º, tu vai pro 5º, tu vai ajudar, tu vai estar disponível onde precisa. (E6).*

*[...] RH ter acesso facilitado à lista de funcionários. Aqui no hospital funciona pelas equipes mesmo, os médicos chamam os outros médicos pra trabalhar, e a enfermagem é muito organizada, então elas já têm as listas de pessoas pra chamar. Mas, mesmo assim, a gente envolve o RH, pois pode precisar, e ele também, o que a gente lê, e que ele tem que ter todo o controle da entrada. (E8)*

No plano também foi incluído um subitem de “coordenação de especialistas”, que descreve que, na ocorrência de catástrofe ou acidente com múltiplas vítimas, durante a fase de acionamento no núcleo de catástrofe “deve ser feita a prospecção do tipo de lesão e gravidade esperadas dos pacientes”, para que, posteriormente, sejam identificados especialistas envolvidos no atendimento destas vítimas, que serão chamados para participar da célula de crise, auxiliando nas ações subsequentes (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a, p. 13).

Outro legado deixado pelo atendimento das vítimas do incêndio de Santa Maria está relacionado à identificação dos pacientes, pois, até o momento da tragédia, o hospital não dispunha de um fluxo ou sistema adequado para a identificação de pacientes sem documentos. Os depoimentos a seguir evidenciam a dificuldade no momento do cadastro do paciente.

*Eu me lembro que a gente pegava no telefone: Ah, quem é que tá vindo? – “Ah, é a Bibiana.” – Bibiana.do quê? – “Ah, não faço a mínima ideia...” – Bom, nós vamos botar Bibiana., depois a gente complementa, né... Mas a gente já tem mais ou menos isso organizado, e com o plano, então, a coisa ficou mais organizada ainda, porque hoje eu já não colocaria Bibiana, eu colocaria vítima 1, vítima 2, e depois complementar. (E9)*

A Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo descreve como forma de registro a identificação dos pacientes através de nomes, características físicas, vestimentas e a fotografia da face, devendo ser utilizado numeral distinto (do utilizado rotineiramente) para as vítimas específicas do desastre/incidente com múltiplas vítimas. Além disso, fotografar cada uma das vítimas, de forma que o reconhecimento inicialmente possa ser feito através de foto *online*<sup>8</sup>.

Com isto, foi incluído no plano institucional, no item de competências e fluxos, a “Identificação dos pacientes”, que detalhada como se dará a identificação dos pacientes. Ficou definido que os pacientes serão identificados com numeração sequencial conforme a ordem de chegada e será aberto prontuário virtual para iniciar atendimento e atender as demandas de exames e procedimentos.

Esta conduta padrão se dará a partir de um *kit* contendo crachá, ficha de avaliação inicial, cartão com a cor da classificação de gravidade e ficha de avaliação médica inicial, disponível na emergência, devendo ser aberta na chegada do paciente. Todos os documentos deverão estar previamente identificados com o número que estes pacientes irão receber.

*Chama o administrativo, para identificar as pessoas, as pessoas vêm sem documento [...] é bem simples, um saquinho assim, cordão, e já estava tudo esquematizado, que o administrativo ia ter uma máquina fotográfica. Então o número 1, não importa se tu é verde, vermelho ou amarelo, tu é o número 1, tira uma foto tua, e ia pro cadastro, na hora que começasse a procurar as pessoas, a gente já tinha tudo isso... (E1)*

*a gente se reuniu com administrativo, que vai fazer um papel superimportante, que é ele que vai documentar as pessoas vêm sem nada, né, sem nenhum documento. Então, esse negocio de tirar foto, abre prontuário, se não tu não consegue começar a pedir um exame, né, via papel não funciona. Então, no nosso fluxo, ele é o vítima 1 até ser identificado, ele é o vítima 1, vítima 1, sobe pro bloco como vítima 1, abre todos os prontuários... (E2)*

Um dos entrevistados relatou a preocupação frente à identificação correta das vítimas, considerando a situação na qual o desastre ocorreu e a faixa etária das vítimas, que faz com que ocorram dúvidas na credibilidade dos documentos encontrados com as vítimas.

*Foi organizado por paciente, um kit em papel assim, que ti pôr um crachá pronto já, no paciente, ele por número, numerado, porque, quando chega o paciente, tu não sabe o nome, pode ser que ele não tenha identificação. Numa situação, pode ser que não tenha documento ou pode ser documento de outro. Hoje em dia, os jovens usam muito documento falso pra entrar, de outras pessoas, pra poder entrar nas festas,*

<sup>8</sup> <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/desastres/preparacao-hospitalar-para-atendimento-de-desastres-e-incidentes-com-multiplas-vitimas/incidentes\\_com\\_multiplas\\_vitimas\\_e\\_desastres\\_2012.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/desastres/preparacao-hospitalar-para-atendimento-de-desastres-e-incidentes-com-multiplas-vitimas/incidentes_com_multiplas_vitimas_e_desastres_2012.pdf) >

*então não dá pra considerar que o que está no bolso. Só se tu conseguir identificar na foto mesmo, mas pra confirmar depois. Então o número, pra entrar com um cadastro no prontuário, que fica o número virtual, como os pacientes que entram na emergência recebem um número virtual do prontuário, pra poder cadastrar. (E6)*

A prática de adolescentes que falsificam documentos, usando fotos e dados de um amigo ou irmão mais velho, é comum. Até 31 de agosto de 2013, 191 adolescentes em Belo Horizonte (MG), foram pegos com documentos adulterados ou portando identificação de outra pessoa. Durante as fiscalizações dos comissários da Vara da Infância e da Adolescência, 836 menores foram encontrados em locais sem alvará de funcionamento ou em desacordo com a faixa etária estabelecida pelo juiz para determinado evento (PADULA apud SARAPU; LOPES, 2013)<sup>9</sup>.

Essa situação, agregada à de que as vítimas deste desastre eram queimadas, impõe uma enorme dificuldade para a sua identificação. Nestes casos, a Interpol recomenda a utilização da análise de impressões digitais como meio de identificação das vítimas, sanando definitivamente estas situações (WINSKOG; TONKIN; BYARD 2012).

Seguindo as orientações do plano institucional, quando a situação estiver controlada, e após a confirmação da correta identificação do paciente, se for constatada existência de prontuário no HCPA, o serviço de internação de pacientes realizará a unificação dos prontuários. Se constatado que o paciente não possui prontuário, este virtual será transformado em prontuário do paciente. Assim o processo de cadastramento se torna idêntico aos demais pacientes internados. Atualmente, a necessidade de o paciente ter um prontuário eletrônico é essencial, visto que é via sistema que são solicitados todos os exames laboratoriais ou radiológicos e procedimentos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

*É o sistema de informativa, tem que combinar, porque ele não é igual ao do paciente internado, o da emergência, então, como tu vai levar paciente da emergência lá pro CCA? Daí, a gente foi na TI e simulou como ficaria usando o mesmo, e tal, por qual caminho, e aí orientar as pessoas, saber se a gente poderia contar se eles ali na TI saberiam treinar os plantões, pra que é desta forma que tu vai acessar numa situação. Então, pra já também ser chamado e ir lá, ajudar o médico, ou a enfermeira, a acessar, e ver se funciona. Muito mais organizado. (E6)*

Também para os recursos humanos no setor administrativo, o plano estabelece que a coordenação administrativa deverá ter atuação conjunta com o coordenador da distribuição de leitos e altas, sendo responsável por: Disponibilizar pessoal administrativo para identificar os

<sup>9</sup> <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/10/09/interna\\_gerais,457716/juiz-adota-linha-dura-contra-idade-falsa.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/10/09/interna_gerais,457716/juiz-adota-linha-dura-contra-idade-falsa.shtml)>

pacientes na chegada da emergência, conforme a rotina de identificação dos pacientes na contingência; Identificar os pacientes com previsão de alta para o dia, previamente comunicada pela equipe médica; Auxiliar na elaboração da lista de pacientes com possibilidade de alta, identificados pelas equipes médicas, no momento da contingência; Efetuar a transferência dos pacientes conforme nova distribuição de leitos; e Organizar e acionar os serviços de radiologia, laboratório e banco de sangue (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

Outro profissional, também não assistencial, que foi relacionado no plano institucional e pelos entrevistados, foi o assessor jurídico de plantão, devendo o mesmo ser acionado para compor a célula de crise, visando atender demandas jurídicas.

*Tem o jurídico, né, porque são decisões assim que tu vai ter de tomar se... ah, vamos chamar mais, dá? Tem condições de pagar? Como é que vai ser? Todas as pessoas já estão cientes e eles já vão acionando os processos para que essas coisas fiquem registradas, pra que fique... (E1)*

Na reformulação do plano institucional, definiu a coordenação de suprimentos, que tem como responsabilidade providenciar e disponibilizar nas áreas de farmácia, almoxarifado e engenharia clínica, atuar na liberação e controle de materiais, medicamentos e equipamentos, e providenciar a reposição ou aquisição, em caráter de urgência, dos insumos necessários. Deve acionar fornecedores para aumento das entregas ou entrar em contato com outras instituições hospitalares do município para empréstimos. Os entrevistados mencionaram a criação de um formulário para auxiliar neste controle.

*Então a gente fez um formulário, cada equipamento que saia, vai ter que sair com um patrimônio, alguém vai ter que assinar, tu pega esse... São coisas, que, claro, é mais importante é a vida, mas o hospital depois tem que continuar funcionando, né?! Então eu acho assim que a gente teve uma experiência muito boa e a gente conseguiu assim entender (E1)*

Quanto aos recursos físicos, o desafio da disponibilização de leitos para as vítimas de Santa Maria teve reflexo no plano institucional, no qual foi incluída uma seção sobre a Coordenação da Distribuição de Leitos e Atendimento (DLA), com a missão de disponibilizar leitos de contingência, ampliando o número de leitos e mobilizando pacientes (por transferência ou alta hospitalar). Com isso, foram definidas rotinas para transferências entre setores, ou seja, do CTI para as enfermarias e da emergência para o CCA, ou, ainda, entre hospitais (da maior para a menor complexidade), e as altas hospitalares (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

Esta necessidade de um controle patrimonial eficiente foi descrita no plano e reafirmada nas falas dos sujeitos, pois, no momento da emergência, muitos equipamentos e diversos materiais foram emprestados sem o devido controle, ficando evidente que não havia um fluxo definido para esta situação.

Estas medidas de controle visam manter organizadas e supridas as necessidades frente aos atendimentos hospitalares, estabelecendo um nível de preparo diante de futuras situações vivenciadas pela instituição de saúde. Por isso, ter controle eficiente sobre todo o patrimônio do hospital é essencial.

Fazem parte desta coordenação a emergência, o núcleo interno de regulação de leitos (NIR), centro de terapia intensiva, unidades de internação e bloco cirúrgico, para os quais foram definidas atribuições:

**Emergência:** A primeira unidade a receber as vítimas deve se adaptar rapidamente para a contingência de catástrofe. No momento do acionamento a emergência é o local que deve ser inicialmente preparado para a recepção dos pacientes. Para tanto é necessário selecionar pacientes com potencial de serem transferidos para outros leitos ou outros hospitais

**Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR)** O núcleo interno de regulação de leitos, que já atua diariamente na alocação de pacientes e elaboração das listas de prioridades para internação integrará a célula de crise para auxiliar no aumento do número de leitos de contingência.

**Centro de Tratamento Intensivo:** Imediatamente deflagrada a catástrofe o CTI identificará pacientes com possibilidade de serem atendidos em áreas de menor complexidade, disponibilizando leitos de contingência para aumentar a capacidade.

**Unidades de Internação:** O Coordenador da Distribuição de Leitos e Atendimento irá trabalhar em conjunto com o coordenador administrativo e a equipe administrativa para criação de uma lista de pacientes em possível condição de alta precoce e/ou transferência.

**Bloco Cirúrgico:** Como medida para liberação de leitos de CTI deve ser comunicado à direção do Centro Cirúrgico a necessidade de cancelamento de cirurgias eletivas. Deve ser providenciadas: Abertura de salas para atendimento das necessidades cirúrgicas e acionamento de equipes de anestesistas, cirurgiões, enfermagem e instrumentadores (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a, p. 14-15).

O plano institucional também prevê a coordenação de segurança, que tem como responsabilidade organizar o fluxo de trânsito de automóveis e pessoas. Conforme a Joint Commission International (JCI), “tão importante quanto identificar os efeitos de uma catástrofe é identificar os tipos de catástrofes”, e isso auxilia a planejar estratégias necessárias caso uma catástrofe ocorra, pois, neste caso, problemas de trânsito poderiam impedir que a equipe atendesse as vítimas de catástrofe porque as ruas estariam bloqueadas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014b, p. 198).

Levando em consideração a localização geográfica do hospital e o afluxo de pacientes, familiares e profissionais, é pertinente a preocupação frente ao provável impacto na logística de fluxo e trânsito. Nessa perspectiva, foi definindo o escopo de atuação da coordenação de segurança:

- Deverão ser liberados espaços de circulação para chegada de ambulâncias ou automóveis trazendo vítimas e suspender a circulação de automóveis de passeio e táxis em circulação para liberação dos espaços. O acesso das vítimas ao hospital será realizado pela emergência.
- Deverá garantir o encaminhamento de pacientes, familiares, amigos, da imprensa, dos profissionais acionados aos locais previamente definidos (anfiteatros e outras salas a serem definidas).
- Deverá também garantir a segurança aos profissionais da saúde através do monitoramento adequado em todas as entradas do hospital.
- Todos os profissionais da segurança e de áreas de acesso ao hospital (recepção, portarias) deverão ser orientados sobre os locais definidos para atender as demandas na situação de catástrofes (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a, p. 13).

O Plano Institucional de Apoio a Catástrofes Externas, no quesito de Coordenação de Atendimento aos Familiares, esclareceu que a recepção dos familiares será feita pelo Serviço Social e Psicologia, centralizada em local específico. Esta coordenação é responsável por organizar: acolhimento familiar; atendimento psicológico, comunicação com as famílias; registro e identificação das famílias; registro dos nomes dos pacientes que estão sendo procurados e disponibilização desta lista para a coordenação da catástrofe e coordenador administrativo da situação (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

Algumas das demandas que surgiram com o atendimento às múltiplas vítimas de Santa Maria foram aquelas relacionadas à mídia, antes nunca enfrentadas tão intensamente quando frente a este desastre. O episódio de Santa Maria, em virtude de sua dimensão, recebeu uma grande repercussão da imprensa nacional e internacional, sendo noticiado diariamente. O depoimento abaixo demonstra a preocupação do serviço de comunicação do HCPA com a privacidade destes pacientes e familiares, pois, mesmo sendo um serviço executado rotineiramente pelo hospital, neste desastre a demanda aumentou.

*De rotina cada vez mais o cuidado com a privacidade do paciente, né, o cuidado até onde a mídia pode ir. Nunca tinha atendido um evento desse porte, a gente todo dia ia pensando aquilo, né, vamos por esse caminho, estamos indo bem, então vamos continuando. Então, pra gente foi bem difícil, então a gente ia indo com cuidado, porque envolve muita gente. E um evento, digamos assim, que tava na, superexposto, só se falava disso praticamente, nos dois, três primeiros dias... Então ficou mais ainda um cuidado que a gente já tem na publicidade, acho que ficou redobrado... O atendimento à imprensa, ele é feito normalmente, é um dos nossos trabalhos, só um volume bem maior. (E17)*

A edição do *Espaço Aberto* documentou o fato de que “o hospital virou foco do noticiário nacional e foi procurado por jornalistas de veículos de comunicação do Brasil e do exterior, o que demandou o trabalho da Assessoria de Comunicação Social”. (ESPAÇO ABERTO, 2013, p. 20). Aos profissionais da área da comunicação coube atender aos inúmeros pedidos de entrevistas sobre o tratamento e a situação dos pacientes, “tomando todos os cuidados para garantir a preservação da privacidade das vítimas e familiares”. (ESPAÇO ABERTO, 2013, p. 20).

Neste episódio todas as mídias estavam focadas nesta tragédia e em seus desdobramentos. De acordo com Sousa (2004, p. 61), “as estratégias de comunicação social não têm fronteiras rígidas. [...] o jornalismo toma emprestadas técnicas da publicidade para fazer passar mensagens com mais facilidade”. E esta foi uma das preocupações do HCPA, organizadas posteriormente no Plano Institucional.

Este prevê uma “Coordenação de Comunicação”, que tem como objetivo organizar quatro atividades, sendo estas: Porta Voz, Texto e Divulgação, Coletivas de Imprensa e Canais de Comunicação. Elas são exemplificadas na página 11 do plano institucional, conforme abaixo:

Porta Voz: A coordenação de Comunicação terá um único porta-voz para todos os comunicados oficiais emitidos pelo hospital. Esse porta-voz deve divulgar, desde a primeira coletiva de imprensa quais são as vias oficiais de comunicação do hospital, e reiterar que qualquer informação que não venha destas não é respaldada pelo Hospital.

Texto e Divulgação: Os textos de divulgação devem ser redigidos pela Coordenação de Comunicação presente na célula de crise, segundo informações providas pela Administração Central e Coordenador da Catástrofe.

Coletivas de Imprensa: Pelo menos uma vez ao dia deve ser realizada uma coletiva de imprensa ou enviada nota, via coordenadoria de comunicações, para informação sobre o andamento do atendimento aos pacientes. Antes da coletiva a Coordenação de Comunicação redige um texto onde se encontram as informações, de forma clara e objetiva, a serem repassadas à população. As coletivas de imprensa devem ser precedidas por coletivas com os familiares, em ambiente fechado, de forma a evitar que a família receba notícias diretamente da imprensa.

Canais de Comunicação: Utilizar todos os canais de comunicação possíveis, através dos quais serão passadas as informações oficiais. É fundamental que nas coletivas de imprensa sejam informados os endereços dos sites e meios oficiais, de forma a evitar uso de canais assemelhados que não sejam representativos do hospital. É importante que estes meios sejam atualizados com frequência e esta atividade estará a cargo da Coordenadora de Comunicação e comunicação social do hospital. Lembrando apenas que todo o texto oficial deve ser aprovado pela equipe da célula de crise. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a, p. 11).

Outra alteração no plano institucional incluiu a articulação das redes, com a coordenação da Interface Externa, onde o coordenador da catástrofe deverá manter interfaces com o SAMU, bombeiros, segurança pública, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria

Estadual de Saúde e Defesa Civil (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014a).

Algumas falas remeteram ao conceito de integralidade, as ações de continuidade do trabalho interligado a outros serviços, não assistenciais, mas também fundamentais para um atendimento de qualidade. Machado (2007, p. 6) destacam a importância das ações em saúde articuladas, destacando a urgência de corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, onde se evidencia a necessidade de se perceber “a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas em saúde”.

De forma indireta, o atendimento às vítimas de Santa Maria também contribuiu para a acreditação do HCPA à Joint Commission International (JCI). Esta tem como missão melhorar a segurança e a qualidade de cuidados na comunidade internacional por meio de oportunidades de formação, publicações, consultas e serviços de avaliação, abordando a preparação para desastre com medidas de gerenciamento e segurança da instalação (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014a). Como condição, é exigido que o hospital desenvolva, mantenha e teste “um programa de gestão de emergência para responder a emergências, epidemias e catástrofes naturais ou outras emergências que possam vir a ocorrer na comunidade” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014b, p. 197).

Esta exigência foi relatada pelos entrevistados, que tinham conhecimento das necessidades apontadas pela JCI, cientes da busca da instituição hospitalar pelo selo de qualidade, conforme abaixo:

*[...] porque, quando nos estávamos no processo de acreditação, todos os hospitais acreditados têm que ter um plano de catástrofes externas. (E1)*

*então ficou esse plano melhorado, a gente tem, foi feito um relatório também, tem fotos lá também do dia incluídas, relatório... porque assim, pra acreditação, a gente tem que simular ou viver uma situação, relatar uma situação, e aí, então, tinha então um relatório que a gente inseriu aqui. (E16)*

O manual descreve como propósito:

Emergências, epidemias e catástrofes na comunidade podem envolver diretamente o hospital, com danos às áreas de cuidados aos pacientes em consequência de um terremoto ou uma epidemia que impeça a equipe de trabalhar. O desenvolvimento do programa deve começar identificando os tipos de catástrofes cuja probabilidade de ocorrência na região do hospital seja maior e qual impacto eles teriam no hospital. Por exemplo, a ocorrência de um furacão ou tsunami é mais provável em áreas próximas ao oceano, mais improvável em países cercados por terra. Danos em instalações ou grande número de vítimas fatais, por outro lado, podem ocorrer em qualquer hospital (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014b, p. 198).

A tragédia de Santa Maria foi um desastre com grande número de vítimas e envolveu o HCPA. Como exigência da JCI, o programa de preparo para catástrofes é testado por um teste anual do programa completo, internamente, ou como parte de um teste em nível comunitário ou um teste de elementos críticos do programa durante o ano. Este teste “poderá ser realizado a partir de uma catástrofe real, se o hospital ativar seu programa e discuti-lo corretamente depois” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014b, p. 198). Esta é a estratégia utilizada pelo HCPA, conforme os depoimentos.

*E a gente começou a pensar nisso, mas acho que foi a partir da acreditação. No meio da acreditação, desse processo de acreditação, aconteceu a tragédia de Santa Maria, então, a gente já estava assim. (E2)*

*[...] é uma coisa que o processo de acreditação exige que tu tenha, né, só que ele foi sendo montado por nós, sem um conhecimento [...] não é palpável, aí a tragédia de SM... daí a gente construiu, foi melhorando, foi melhorando, mas tragédia em si nos trouxe informações mais reais, do que precisava mesmo. (E6)*

O atendimento às vítimas de Santa Maria serviu como simulado para a aprovação frente às exigências da JCI, pois ocorreu uma catástrofe real, e posteriormente o HCPA desenvolveu um plano para gerenciar tais emergências. Este programa fornece: processos para determinar o tipo, a probabilidade e as consequências de perigos, ameaças e eventos; determina a função do hospital para tais eventos; estratégias de comunicação para eventos; gerenciamento de recursos durante um evento, incluindo locais alternativos de cuidados; identificação e atribuição de funções e responsabilidade dos profissionais durante um evento; e o processo para gerenciar emergências quando responsabilidades pessoais dos profissionais entrarem em conflito com a responsabilidade do hospital de prestar cuidados aos pacientes.

Também de forma indireta, o atendimento às vítimas de Santa Maria contribuiu para a Copa do Mundo de Futebol. Um evento deste porte exige do país sede uma série de medidas preparatórias, de modo a torná-lo apto a receber satisfatoriamente a competição, ou seja, aproveitando as oportunidades e evitando os riscos associados à sua realização. Dentre estas medidas, destacaremos as relacionadas à saúde.

Uma das cidades sede, para o evento ocorrido em julho de 2014, foi a cidade de Porto Alegre. O legado deixado pela tragédia do desastre de Santa Maria serviu como experiência, nos vários segmentos dentro da instituição hospitalar, dentre estes o preparo para a Copa do Mundo, pois neste momento o hospital estava organizado e preparado para quaisquer eventualidades que envolvessem múltiplas vítimas, conforme os depoimentos:

*A gente estava preparado, já preparado principalmente nos dias de jogo aqui, que ia ter fanfest. Então a gente, bom, foi tudo maravilhoso, mas a gente tava esperando que desse, nem que desse briga de torcida, e que tivesse que ter um apoio [...] a gente se preparou tudo... e ficou um plano muito bom, porque foi um legado de uma coisa que a gente começou a aprender lá em Santa Maria... (E1)*

*O exemplo que eu trago é a preparação que a gente fez para a Copa agora, a gente deixou todo pronto o protocolo do que fazer quando a gente entra realmente em um estado de emergência, que é uma situação além do normal. (E2)*

*E hoje acho que mudou nesse olhar pra também atender esse tipo de coisa, e agora, com a realização da Copa aqui, foi uma coisa que se estudou muito, se conversou muito, se preparou pra atender alguma catástrofe. (E3)*

*A preparação para a Copa, a gente já teve uma preparação muito melhor, se tivesse qualquer outra catástrofe pra Copa, a gente estaria muito... (E4)*

O hospital elaborou um plano específico para o evento da Copa do Mundo, intitulado “Plano Especial de Contingência para Catástrofes – Copa do Mundo”. Neste plano é destacada “a realidade atual da Unidade de Saúde, no seu funcionamento cotidiano já no máximo de suas capacidades, sendo essencial a elaboração de um Plano de Emergência”, denotando a conscientização da instituição frente à necessidade de um plano, como ferramenta frente a uma situação de crise e definindo regras e condutas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014b, p. 1).

*Isso foi bem legal, por que a gente resgatou [...] que agora, quanto teve a Copa, a gente usou e escreveu muito bom um plano de tudo o que a gente tinha, a gente reescreveu. (E1)*

*Na Copa do Mundo a gente melhorou mais ainda o plano, daí a gente descreveu mesmo... [...] e agora, com o curso da Copa do Mundo, foi muito claro. Plano, que pra Copa se consolidou mais ainda. (E6)*

*Quando chegou agora a Copa do Mundo, a gente já se tinha tudo por escrito, quem chamar se acontecasse alguma coisa, como é que [...] mas eu acho que nesse sentido o nosso grupo já estava mais preparado por ter vivenciado recentemente aquela situação, né, desse incêndio... (E15)*

Este plano específico descreve como um dos seus objetivos a integração do HCPA com outros elementos da rede, a indicação deste, bem como instruções específicas (hipótese de atendimento a múltiplas vítimas, acionamento do hospital para contingência, meios de acionamento do hospital), avaliação da magnitude do evento, e as competências e fluxos estabelecidos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014b).

A elaboração deste plano específico atende ao Planejamento Estratégico de Segurança para a Copa do Mundo FIFA 2014, elaborado pelo Ministério da Justiça, o qual prevê a necessidade da elaboração de um Plano Operacional para a área de saúde em cada uma das cidades sede (BRASIL, 2012).

Planos de emergência inadequados podem resultar em falta de pessoal, falta de confiança na preparação hospital, tendo posteriormente uma influência negativa sobre a motivação para participar de trabalho (ARBON et al., 2013).

### 5.3.1.2 Novas tecnologias

Conforme Trindade (2008) as tecnologias para a saúde podem ser consideradas a aplicação prática de conhecimentos, por isso, incluem máquinas, procedimentos clínicos e cirúrgicos, remédios, programas e sistemas para prover cuidados à saúde. A incorporação de novas tecnologias neste caso aconteceu devido à experiência vivenciada nos atendimentos às vítimas de queimados da tragédia, visando melhorar a qualidade e a eficiência deste serviço público de saúde.

O uso de tecnologias foi imprescindível durante os atendimentos das vítimas de Santa Maria, como por exemplo, o uso sistema ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea).

O sistema ECMO (oxigenação por membrana extracorpórea), que consiste basicamente em um conjunto de tubos, uma membrana de oxigenação artificial e uma bomba propulsora, se presta a dar assistência pulmonar, cardíaca ou cardiorrespiratória nesta última para falência cardíaca, pulmonar ou ambas. Trata-se de um circuito fechado de circulação extracorpórea em que o sangue desoxigenado e rico em gás carbônico é drenado do sistema venoso e impulsionado por uma bomba centrífuga através de uma membrana de oxigenação artificial, retornando oxigenado para o sistema arterial do corpo. O fluxo gerado é contínuo. O objetivo é manter a perfusão dos tecidos com sangue oxigenado enquanto se aguarda a recuperação do órgão primariamente acometido, coração, pulmões ou ambos. Esse conceito é denominado ponte para a recuperação (Colafranceschi, Alexandre Siciliano. et al. 2007).

Assim, juntamente com o Ecmo, os curativos especiais são equipamentos e materiais que permaneceram até os dias atuais na instituição, sendo utilizados de forma rotineira e padronizada, conforme os depoimentos:

*O ecmo é uma tecnologia que ficou, né. (E4)*

*A outra grande tecnologia foi a ecmo, né, extracorpórea... coração e pulmão, que foi usado... porque eles tinham problema de SARA grave, né, ele foi muito mais atingido no pulmão. Então veio aquele pessoal do Canadá, que veio nos fazer um treinamento conosco. Então, assim, o médico do Canadá veio, avaliou o paciente,*

*botou em ecmo, ele ficou 48 a 72 horas, foi que ele ficou ali, foi 3 dias que ele ficou com a ecmo, teve uma grande melhora... (E11)*

*O que eu tô te dizendo, essa experiência da ecmo foi um legado, porque foi um aprendizado de como é que a gente trata, então nos ajudou bastante... (E11)*

O sistema foi utilizado durante a internação das vítimas de Santa Maria e posteriormente adquirido para ser utilizado em demais pacientes no hospital. Assim:

*A gente mandou vir um equipamento de ECMO. É uma membrana de oxigenação extracorpórea, então, teve, se não me engano, dois pacientes que utilizaram este equipamento... hoje o hospital tem. O hospital tava começando a pensar no assunto, em trazer, e, aí, veio para esses pacientes, pra gente instalar nesses paciente. Tava em teste, eu acho que em algum outro hospital de Porto Alegre, e eles buscaram para fazer. O ECMO era uma coisa bem nova que foi botada em dois pacientes para fazer essa oxigenação extracorpórea, pra deixar o pulmão descansando. (E4)*

A edição do *Espaço Aberto* intitulada “Clínicas mobiliza-se para a assistência as vítimas de Santa Maria” corrobora tanto com as falas, como com o plano institucional, pois traz a notícia do médico gaúcho, especialista em transplante de pulmão e cirurgia torácica e diretor do programa de suporte pulmonar extracorpóreo da Universidade de Toronto, que esteve no HCPA para realizar o procedimento de ECMO.

Foi destacada em umas das manchetes por uma profissional: “a troca de conhecimento é fundamental e, além disso, foi possível abordar a atuação dos profissionais da Enfermagem em procedimento como a Ecmo, que já são realizadas no HCPA”. (ESPAÇO ABERTO, 2013, p. 19). A fala demonstra a preocupação com o treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos no manuseio correto do novo equipamento.

Outra nova tecnologia, antes não utilizada pelos profissionais do HCPA, e que foi citada várias vezes nas falas dos entrevistados, foram a dos curativos especiais, essenciais para o tratamento de lesões de pele queimadas.

*os curativos... porque, hoje, como nós não temos grandes queimados, né, a gente não utiliza, mas foi bem interessante, a gente aprendeu bastante nessa época e estamos atendendo todos os pacientes, né, ainda. (E5)*

*Os curativos, as coberturas, as coberturas que eram... algumas que a gente não tinha, não era tão comuns usar, tem disponível, mas a gente usa só... porque as coberturas assim, tem muita cobertura, tem muito curativo... só que cada uma tem sua função [...] então isso foi disponibilizado, teve coberturas que a gente conheceu, sabia que existia, mas nunca tinha usado, aí vê na prática... (E8)*

*Acho que todas as técnicas de curativo, todas essas coisas ficou pro grupo, né, de como trabalhar naquele momento, e essas coisas todas ficaram na equipe. (E11)*

Os curativos utilizados, conforme as falas dos sujeitos, foram os à base de nitrato de prata com sulfadiazina, conforme definem Moser, Pereima e Pereima (2013, p. 32):

A sulfadiazina de prata é a combinação do nitrato de prata com sulfadiazina, um agente antibiótico que age na parede bacteriana, e é utilizada para o tratamento tópico de queimaduras, possuindo uma atividade antimicrobiana bastante ampla. É bactericida para uma grande variedade de bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, bem como para algumas espécies de fungos. Sua atividade antimicrobiana é mediada pela reação do íon prata com o DNA microbiano, o que impede a replicação bacteriana. Além disso, age sobre a membrana e parede celulares, promovendo o enfraquecimento destas, com conseqüente rompimento da célula por efeito da pressão osmótica.

### 5.3.1.3 Produções científicas

Um dos legados descritos pelos profissionais entrevistados foi a produção científica após os atendimentos das vítimas de Santa Maria, descrita nos artigos, protocolos, palestras realizadas pelos profissionais que atenderam essas múltiplas vítimas, conforme os depoimentos:

*[...] eu sei que foram feito trabalhos na semana de enfermagem, foi feito pôsteres, né, assim como que a comissão participou, diagnósticos de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem acho que pra nós da CTI foi que... (E8)*

*Eu acho que dei umas três palestras sobre... eu dei em Manaus, dei no Congresso Gaúcho, dei no Congresso Brasileiro, no Simpósio Internacional a gente também levou, né, já foram três eventos . Eu acho que até lá em Portugal eu falei do evento Santa Maria, isso ficou, nós apresentamos trabalhos, teve anais que a gente apresentou isso aí, isso aí ficou... em termos de documentação, isso sim. E esse legado, ele fica, ele não vai sumir, tu entendeu... (E11)*

Ressalta-se outra etapa importante que toma corpo a partir destes atendimentos: organizar e reunir o conhecimento adquirido para divulgá-lo, de forma científica, fazendo com que estes dados possam ajudar em casos semelhantes (ESPAÇO ABERTO, 2013).

*[...] o que a gente fez, nós do grupo de humanização, escreveu um artigo que ainda não foi publicado, escrevendo desse acolhimento, isso até depois eu posso te passar, porque ele tá numa revista e não saiu ainda, uma burocracia, mas a gente tem alguns registros dos profissionais falando da tragédia de Santa Maria... (E13)*

*[...] o que a gente tem é um artigo, foi pra uma revista, foi aceito, mas tá publicado... o que a gente tem mesmo, que eu sei, é o artigo. (E14)*

*[...] e depois, então, vindo as outras coisas, que são a produção científica, né, porque o pessoal sempre teve a preocupação de fazer documentação de tudo, né, com projetos aprovados etc... Especialmente essa questão da via aérea, isto está tendo uma repercussão científica com publicações, participações, congressos, então, o grupo foi muito valorizado, inclusive no ministério, em workshops, em*

*coisas assim. Então, ficou uma marca de qualidade, de solidariedade, de poder responder uma coisa totalmente nova de uma maneira organizada, né... (E16)*

A partir destes atendimentos contatos com o Ministério da Saúde foram realizados, visando a disseminação do conhecimento, exemplificados na fala abaixo:

*[...] mas, daí, quem pode te dar mais informação sobre a disseminação do conhecimento e formalização é o professor Paulo, tu deve conhecer, que faz bronco lá no CCA. Então o Paulo deve ter documentação, manual, eu sei que eles estavam envolvidos nisso, com o Ministério da Saúde. O próprio plano de contingência foi mudado a partir disso... Acho que eles têm coisas que eles produziram com o próprio Ministério da Saúde... (E16)*

E, dentre as produções científicas, um legado importante é uma pesquisa que está sendo realizada, conforme a seguinte fala: *“Tem uma corte sendo acompanhada...” (E16)*

### **5.3.2 Legados intangíveis: percepções dos gestores**

Os legados seriam a herança que fica depois de um grande evento pontual. Os legados intangíveis são todas as implicações que não podem ser mensuradas nem calculadas quantitativamente, por exemplo, os sentimentos das vítimas após um evento, neste caso, o atendimento às múltiplas vítimas da tragédia do incêndio na boate em Santa Maria (MAZO; ROLIM; DaCOSTA, 2008).

Foram classificados como legados intangíveis, neste estudo, o espírito de equipe e a solidariedade, e o próprio amadurecimento da equipe de profissionais e o aprendizado frente à experiência vivenciada.

#### **5.3.2.1 Espírito de equipe e solidariedade**

Para Atkinson et al. (2006 apud POYNTER 2008, p. 139), legados intangíveis, bem como os demais, podem se dar de maneira benéfica ou custosa. Alguns benefícios citados pelos entrevistados foram o espírito de equipe e a solidariedade dos profissionais. Conforme as falas a seguir:

*Então essa... a gente recebeu uma lição assim, no sentido de, no aprendizado no sentido de que as pessoas se uniram, de que a gente tem condições, que os profissionais são maravilhosos... Que bonito que foi, sabe, o pessoal quando precisou, ninguém, olha... em nenhum momento alguém achou difícil, todo mundo fez o seu melhor, por isso que deu tudo certo. (E3)*

*Bem tranquilo, porque, na verdade, assim todo mundo tinha esse senso de tentar ajudar, todo mundo tava muito comovido... (E7)*

*[...] cada um ajudando do jeito que sabia e podia, e que sabia também, até porque era tudo muito novo pra todo mundo, mas de alguma coisa teve uma rede assim [...] de alguma forma todo mundo com seu 'métier', com seu saber, seja do saber ou do administrar a coisa, né... o sistema todo foi, funcionou... (E8)*

Trabalho em equipe é quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço coletivo para resolver um problema. O trabalho em equipe pode ser descrito como um conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a realizar uma tarefa ou determinado trabalho, por obrigação, ou não. O trabalho em equipe multiprofissional é “considerado um pressuposto orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem”. (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008, p 530). As falas a seguir demonstram como o espírito de equipe foi importante para incentivar o trabalho naquele momento.

*[...] então acho que isso que ficou, a questão do espírito de equipe assim, de todo mundo se mobilizar e fazer um pouquinho, cada um com seu pouquinho fez a coisa funcionar. (E8)*

*[...] mas o que lembro assim, espírito de equipe, engajamento, a competência, digamos, quem sou eu pra avaliar a competência. Mas afinal fica aquela imagem assim do hospital conseguir responder uma demanda pública e imensa, não somente daquilo que a gente tá acostumado a fazer, a questão do diagnóstico, e aquela coisa assim, quando precisa, tu sabe que pode contar, precisou, acionou, foi... (E9)*

Um dos documentos utilizados como fonte de evidência foi a edição do *Espaço Aberto*, que ratifica o trabalho em equipe frente à dedicação dos profissionais do Centro de Terapia Intensiva (CTI), destacando que o “trabalho em grupo realizado por todos os serviços envolvidos foi fundamental para o sucesso no atendimento as vítimas”. (ESPAÇO ABERTO, 2013, p. 17), atribuindo, dentre um dos fatores dos bons resultados alcançados, a dedicação dos profissionais.

*É, aquela coisa assim... mas eu acho que esse foi um legado, eu acho que a mobilização da equipe entende, pró... foi um legado. Outro legado foi a sobrevivência, então a gente vê que valeu, vale a pena tudo, né. (E11)*

*[...] o envolvimento que a gente teve de trabalhar em equipe, e de ser solidário numa hora dessas, é uma coisa que é pouco mensurável, mas ela foi muito palpável, e mostrou uma capacidade do hospital de reagir em bloco numa questão de trauma, porque o hospital não é um hospital de trauma. Então eu acho que foi um legado de mostra que a gente responde quando a demanda vem, a gente tem que saber orquestrar e a gente conseguiu entregar para a sociedade esse produto. (E16)*

Um fator que auxilia a desenvolver um ambiente mais agradável na instituição é refletir os aspectos estruturais, operacionais e comportamentais que envolvam o gerenciamento de pessoas, isto é, compreender a instituição e as pessoas. Outro fator que contribui “é instrumentalizar as pessoas para que viabilizem a tomada de decisão mais assertivas, através do desenvolvimento de outras práticas, tais como os valores humanos, moral, ético e a própria solidariedade” (SOVIENSKI; STIGAR, 2008, p. 57).

*No fim, foi uma experiência gratificante nesse sentido que a gente falou, né... É, porque já tá mais organizado, com certeza, principalmente pra quem trabalha no CTI, né, o pessoal bah!, eles ficaram... foi pesado, mas também conseguiram, amadurece também nesse sentido, né (E3)*

*Então a gente tem que tá mais preparado assim, do que que a gente vai precisar... Então acho que esse olhar mais assim, pensando no futuro, num planejamento, eu acho que melhorou. (E7)*

*Esses dias a gente tava conversando sobre o Ebola, né, como a gente tem que... Se a gente tiver casos aqui no Rio Grande do Sul, que a gente precisaria, da gente começar a pensar as coisas com mais antecedência assim. Acho que foi... há males, né, que vêm pra bem, mas acho que a gente tá mais organizado assim, acho que o hospital como um todo tá mais organizado. (E9)*

Nas falas, o próprio amadurecimento das equipes multiprofissionais foi citado pelos profissionais, levando os mesmos a sentirem-se mais preparados e organizados para o atendimento frente à situação do desastre.

### 5.3.2.2 Aprendizado e a experiência vivenciada

Outra perspectiva de legado intangível evidenciada nas falas foi o aprendizado frente à situação vivenciada, de difícil mensuração, mas que fica claro na fala de todos os entrevistados:

*Mas sei que sim, acho que o pessoal aprendeu horrores, muito, pois a gente não tinha muita intimidade assim com uma catástrofe, né, com essa proporção, de 200 mortos, tu não fica imaginando. Então parece assim que é um carro que vai bater num poste lá, não sei o quê, e vai vir cinco pessoas, mas, assim nessa proporção, acho que foi um aprendizado... (E1)*

*Um desafio assim pra todo mundo, né, eu acho que o hospital como um todo aprendeu muito nisso . Eu achei que foi tudo muito rápido, tanto que o pessoal lá de Santa Maria que tratou da tragédia in loco... Mas o que ficou eu acho que foi a experiência, sabe... Pra mim, ao menos, ficou a experiência de atender tragédias assim dessa massa toda, e essa mobilização toda, a infraestrutura que foi montada. (E8)*

*Eu acho que o que ficou na verdade foi o aprendizado em lidar com grandes situações de catástrofe maior, esse foi um grande legado dessa... Se dá pra tirar alguma coisa positiva disso. Deve ter sido um grande legado assim. É, não é... nenhum hospital da região aqui, sei lá, não é acostumado com isso, né, nunca houve coisas semelhantes nesse nível. (E10)*

Teixeira (2004) esclarece que, nessa perspectiva, é inquestionável a necessidade de preparação dos profissionais de saúde para atuarem de forma resolutiva frente a tais eventos. Isso porque os acidentes com múltiplas vítimas envolvem peculiaridades que devem ser intimamente conhecidas pelos atores que vão atuar nessas situações, a fim de solidificar cuidados eficientes.

Juntamente com as falas que relataram o aprendizado, a experiência frente aos atendimentos, e conscientização dos diversos profissionais, em seus próprios locais de trabalho, além de um sentido de preparação frente ao que vem acontecendo a nível mundial, mas que pode atingir o hospital.

*Deixou um legado, as pessoas assim, uma coisa que conscientizou vários níveis de pessoas que eram leigas [...] surgiu uma epidemia, agora mal já começou a surgir lá os casos, lá na África, os vírus, do ebola, já o pessoal: qual é o material que eu tenho que comprar [...] mas a gente começou: não, as coisas podem acontecer, podem acontecer e tal. Foi muito bom. (E1)*

A experiência vivenciada auxiliou no fortalecimento dos profissionais diante da importância de estar preparado, “*serviu para ajudar a convencer as pessoas que nós precisamos de um outro nível de preparação*”(E2). Conforme a fala abaixo exemplifica:

*Então eu acho... mas assim, a gente tem... Ficou mais fácil de explicar para as pessoas porque tem que estar preparado, porque não adianta a gente organizar isso... até que funciona muito bem, mas o ideal não é este, acionar esses... é importante assim. O hospital tem vários mecanismos, que, quando a gente aciona, ele responde, entende, seja das pessoas que trabalham aqui, seja das pessoas que a gente consegue mobilizar. Então, esses mecanismos, eles existem por outros motivos, mas eles já existem e são muito úteis e funcionam no dia a dia. Mas serviu esse negócio da Boate Kiss, serviu para ajudar a convencer as pessoas que nós precisamos de um outro nível de preparação para quando acontecer uma coisa maior. (E2)*

*Acho que tem a ver com esse atendimento desse pessoal de Santa Maria, que a partir disso teve esse olhar diferenciado pra catástrofes, digamos, pra essas tragédias, né. Que não se tinha antes. (E3)*

*Eu acho que teve várias coisas assim, em termos de experiência, eu não diria que houve mudança de condutas, assim, eu acho que o grupo ficou experiente, a principal coisa de legado... eu sou coordenador do CREC, que é a comissão de catástrofes. (E7)*

A questão cultural também foi abordada nos depoimentos, e, de acordo com os autores Almeida e Pascoalino (2009, p. 8), “percebe-se, por um conjunto de fatores, que o Brasil não possui cultura de risco e não desenvolve gestão de risco, mas gestão de crise”. Notamos que há uma necessidade de debater sobre os riscos no âmbito da gestão do território no Brasil, principalmente nas instituições de saúde.

*É cultural, né, a gente se preparar pra uma catástrofe. Lá no Japão, desde pequenininho, nos Estados Unidos, porque tem tornado, as pessoas já sabem que têm que ir pra baixo, lá, né, deixam mantimentos, porque pode durar um dia, dois dias, o tornado. Nós não nos imaginávamos, poxa... dentro de um hospital, estava super na hora da gente se preparar pra um evento bem grande, mas tudo tinha sido de um jeito informal. (E1)*

A necessidade de desenvolvimento de uma cultura para prevenção de desastres é reconhecida internacionalmente, através de sistemas de vigilância, de avaliação de risco, medidas educacionais e de ações multissetoriais, que demandam investimentos, e devem ser promovidas em todos os níveis (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando ocorrem situações com múltiplas vítimas, desastres ou catástrofes, em especial as relacionadas a eventos súbitos com produção rápida de grande número de vítimas, tais como os incêndios, esta situação se transfere à rede de saúde. Como no caso estudado, não havia possibilidade de tratamento de todas na rede de saúde de Santa Maria, estas foram transferidas a instituições em outros municípios, sendo uma delas o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, objeto deste estudo.

Para identificar as providências tomadas pelo hospital para o atendimento destas vítimas, foram entrevistados profissionais atuantes na gestão deste desastre, com características de vínculo com hospital havia mais de dez anos, todos com formação em nível de pós-graduação, predominantemente do sexo feminino, e enfermeiros, destacando o papel desempenhado por este profissional na gestão hospitalar.

O impacto imediato do desastre ocorreu nos recursos humanos quando os profissionais do hospital perceberam que deveria haver um envolvimento deste hospital para o atendimento das vítimas. Com isso, o primeiro recurso a ser acionado foram as equipes médicas e de enfermagem, pois estas prestam assistência direta ao paciente, sendo fundamentais para os atendimentos.

Com a determinação de que essas equipes deveriam se deslocar até Santa Maria para auxiliar no transporte das vítimas, houve a necessidade de recursos materiais que foram levados para o hospital em Santa Maria. Devido à intenção de auxiliar neste momento crítico, esta doação acabou acontecendo de forma não controlada, sendo alguns itens doados após os atendimentos, pois não retornaram para o Hospital de Clínicas.

Simultaneamente, a gestão dos recursos físicos teve de enfrentar o desafio de providenciar a liberação de leitos hospitalares, pois o hospital é uma referência pública de saúde, tendo uma grande demanda de atendimentos, o que se reflete na sua lotação. Foram adotadas várias estratégias para o atendimento desta demanda, tais como fluxos invertidos, e redução do número de cirurgias eletivas. O desenrolar deste atendimento demandou que fossem criados espaços também para os familiares e acionadas as áreas de apoio, o serviço social e a psicologia.

A avaliação da situação clínica das vítimas e a necessidade de cuidados motivaram a busca de capacitações e treinamentos, que foram realizados em visitas a outras instituições de saúde e com a vinda de profissionais.

A disponibilidade de recursos materiais também foi percebida quando do atendimento às vítimas no hospital que, de forma geral, dispunha dos materiais necessários, porém alguns itens ainda não estavam em uso. Entretanto, ocorreu a necessidade de compras, de caráter emergencial, devido à urgência de aquisição dos mesmos, sendo estes de alto custo.

Foram identificados legados tangíveis e intangíveis. Dentre os legados tangíveis, houve uma reestruturação significativa do plano institucional de contingência, e as providências que precisaram ser tomadas no atendimento às vítimas foram incorporadas, em ações específicas de alcance estratégico.

Assim, os impactos, juntamente com a experiência vivenciada pelos profissionais e pela instituição de saúde, contribuíram para a reformulação do plano institucional, deste importante elemento da rede assistencial para o atendimento em situação de desastre, que é o hospital.

Novas tecnologias utilizadas neste evento também se tornaram legados para este hospital, como o ECMO e alguns curativos especiais. Também a produção científica, sob forma de publicações ou projetos de pesquisa, foi considerada como um legado para os participantes.

Os legados intangíveis identificados foram a solidariedade e o amadurecimento da equipe de profissionais, além do aprendizado e o espírito de equipe. Assim, constatou-se que o hospital sofreu impacto na gestão dos recursos humanos, materiais e físicos, e posteriormente os legados deste atendimento se mantiveram, confirmando o que traz a literatura sobre a questão da qualificação após desastres para mitigar e/ou responder à demanda gerada por este desastre.

Este estudo tem limitações específicas, primeiramente por se explorar somente uma instituição hospitalar, das dezenas que receberam as vítimas desse desastre. Além disso, não houve avaliação dos impactos, se positivos ou negativos, pois, embora o HCPA tenha demonstrado capacidade de adaptação gerencial e assistencial, adequando seus processos internos rapidamente, priorizando unidades essenciais, delegando responsabilidades, suprimindo recursos humanos, materiais e físicos com eficácia, um melhor preparo da instituição poderia ter mitigado o impacto de situações como a incapacidade momentânea de realizar um controle efetivo dos materiais, o afastamento de profissionais de saúde por motivo de estresse emocional e a capacitação dos profissionais durante o atendimento das vítimas. Com isso, recomenda-se que sejam realizados estudos sobre esta temática, a fim de ampliar o espectro da pesquisa.

A gestão do desastre de Santa Maria suscitou discussões e ações no campo da saúde, principalmente nas instituições hospitalares, assim permitindo que o país possa se desenvolver no fortalecimento da capacidade de agir na área da saúde, em parceria com outras áreas, buscando respostas e estratégias eficientes. Como legado, as providências adotadas para o atendimento proporcionado pelo hospital foram incorporadas de forma relevante ao plano de contingência e poderão ser utilizadas por outras instituições de saúde, identificando possíveis estratégias e ações operacionais, assim favorecendo a preparação destas.

Espera-se, com este tipo de estudo, contribuir para que o setor de saúde avance no debate sobre este tema, não só estruturando uma melhor resposta para as ações de desastre, mas com estratégias que possam dar respaldo à efetividade das ações e proporcionar avaliação correta e adequada das situações, criando integração das áreas, articulações entre os diversos níveis dos serviços, além da conscientização dos vários atores envolvidos neste processo.

Os resultados deste estudo permitem inferir que estar preparado para o atendimento de um evento de tal porte significa ter um plano de ação, um plano de contingências, estabelecer regras e o treinamento das equipes, bem como a construção de um plano regional, sendo o plano hospitalar parte deste. Também requer a discussão coletiva na apresentação dos planos hospitalares, que se tornam complementares, e uma previsão de aparato legal para reposição de recursos e previsão de incentivos, uma vez que a ativação de um plano desse gera custos para a instituição.

A mobilização ocorrida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre demonstra a necessidade de determinação política, apoio institucional no processo de elaboração dos planos hospitalares e preparo, visando fortalecer a capacidade de resposta das instituições de saúde, pois, quanto mais organizado estiver o campo da saúde, melhor se pode reagir frente a estes desastres.

Os resultados deste estudo corroboram o entendimento de que a aprendizagem sobre a gestão de risco acontece a partir de eventos vivenciados pelas instituições de saúde, cujo legado reflete-se na qualificação do planejamento e do atendimento em situação de desastres. Também contribuem para a cultura da gestão de risco, pois evidenciam medidas que devem ser tomadas pelas instituições hospitalares no preparo para o atendimento em situações de desastre. Estas considerações, aliadas a especificidade do local do estudo, um hospital-escola, de referência internacional, também pode ser útil para servir como referencial teórico de base para construção de modelos teóricos para subsidiar avaliações futuras.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. Q.; PASCOALINO, A. **Gestão de risco, desenvolvimento e (meio) ambiente no Brasil**: um estudo de caso sobre os desastres naturais de Santa Catarina. 2009. Disponível: [http://www.cepedcursos.ufsc.br/grdpsico/file.php/2/Leitura\\_Complementar/GESTAO\\_DE\\_RISCO\\_DESENVOLVIMENTO\\_E\\_MEIO\\_AMBIENTE\\_NO\\_BRASIL\\_-\\_UM\\_ESTUDO\\_DE\\_CASO\\_SOBRE\\_OS\\_DESASTRES\\_NATURAIS\\_DE\\_SANTA\\_CATARINA.pdf](http://www.cepedcursos.ufsc.br/grdpsico/file.php/2/Leitura_Complementar/GESTAO_DE_RISCO_DESENVOLVIMENTO_E_MEIO_AMBIENTE_NO_BRASIL_-_UM_ESTUDO_DE_CASO_SOBRE_OS_DESASTRES_NATURAIS_DE_SANTA_CATARINA.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- ARBON et al. Australasian emergency nurses' willingness to attend work in a disaster: a survey. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 16, no. 2, p. 52-57, 2013.
- BANDEIRA, A.; MARIN, S.; WITT, R. Vulnerabilidade a desastres naturais: implicações para a Enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 776-781, out./dez. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BELLUCCI, J. A.; MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n. 4, p.797-806, 2011
- BERNARDES, J. F. **Gestão patrimonial**: materiais permanentes e bens móveis. Florianópolis: Imprensa Universitária, 2009.
- BRASIL. Ministério do Esporte. **A copa do mundo 2014 e os legados para o Brasil**. Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Legados de megaeventos esportivos**. Brasília, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. **Manual de planejamento em defesa civil**. Brasília, 2006. v. 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional: **Política nacional de defesa civil**. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. Casa Civil. **Política nacional de proteção e defesa civil**. Resolução n. 12.608, de 11 de abril de 2012. Brasília, 2012a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Extraordinária de Segurança para Grandes Eventos. **Planejamento estratégico de segurança para a Copa do Mundo FIFA Brasil 2014**. Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 24 out. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lista de hospitais de referência para a pandemia de influenza**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1534](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1534)>. Acesso em: 20 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600 de 7 de julho de 2011**. Brasília, 2011.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 03 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre normas para pesquisa envolvendo seres humanos.

Brasília, 2012b. disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 03 nov. 2013.

CAMUCI, M. et al. Nursing activities score: carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de queimados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 325-332, mar./abr. 2014.

COLAFRANCESCHI, A. S. et al. Assistência circulatória com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) no adulto: um conceito falido ou esquecido? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 36-41, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a06v91n1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Desastres naturais no Brasil: análise das portarias de situação de emergência e estado de calamidade pública de 2003 a 2010**. Brasília: 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Organização da atenção à saúde no âmbito pré-hospitalar e hospitalar para enfrentamento de situações de múltiplas vítimas, desastres e catástrofes no estado de Minas Gerais: legislação, estrutura física, e capacitação de profissionais**. Brasília, 2013.

CORPO DE BOMBEIROS DO PARANÁ. Catástrofe e atendimentos a múltiplas vítimas. In: \_\_\_\_\_. **Manual de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros do Paraná**. Curitiba, 2006. Cap. 28, p. 354-362.

COSTA, R.; ENDERS, B.; MENEZES, R. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 530-536, out./dez. 2008.

CUSTODIO, G. et al. Catástrofe de Santa Maria: a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 33, supl., p. 154, ago. 2013.

DaCOSTA, L.; MIRAGAYA, A. In search of experiences and trends of sport for all worldwide. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Worldwide experiences and trends in sport for all**. Aachen: Meyer & Meyer, 2008.

DAPENG, J.; LJUNGQVIST, A.; TROEDSSON, H. (Ed.). **The health legacy of the 2008 Beijing Olympic Games: successes and recommendations**. Geneva, WHO, 2010.

DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. **Legado**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/legado>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

ENDERICKS, T. **Legacy and evaluation: learning from London: a practical guide to public health and mass gatherings**. London: WHO, 2012.

ESPAÇO ABERTO. Porto Alegre, n. 41, p. 1-32, mar./abr. 2013.

FERREIRA, N. N; LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, mar. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 10 maio 2015.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Centro de conhecimento em saúde pública e desastres**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/hospitais-seguros-frente-aos-desastres>>. Acesso em: 20 out. 2013.

FREITAS, C.M. et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3645-3656, set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000903645&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000903645&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2013.

GARCIA, A. V. et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312010000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Desastres e incidentes com múltiplas vítimas: plano de atendimento - preparação hospitalar**. São Paulo, 2012.

GUIA trabalhista. **Sobreaviso**. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/sobreaviso.htm>>. Acesso em 21 abr. 2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. [**Homepage**]. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/14/380>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Plano institucional de apoio a catástrofes externas**. Porto Alegre, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Plano especial de contingência para catástrofes: Copa do Mundo**. Porto Alegre, 2014b.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. [**Homepage**]. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org>>. Acesso em: 04 nov. 2014a.

\_\_\_\_\_. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais: incluindo padrões de hospital de centro médico acadêmico**. 5. ed. Illinois, 2014b.

KOBIYAMA, M. et al. (Org.). **Prevenção de desastres naturais: conceitos básicos**. Curitiba: Ed. Organic Trading, 2006.

- KORTANJE, M. El viaje: una crítica al concepto de no lugares. **Athenea Digital**, Bellaterra, n. 10, p. 211-238, 2006.
- LAKATOS, M. E.; MARCONI, A. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LAVELL, A. (Org.). **La gestión local del riesgo**: nociones y precisiones en torno al concepto y la práctica: programa regional para la gestión del riesgo en América Central. Guatemala: CEPREDENAC-PNUD, 2003.
- LEGEMAATE, G. A; BURKLE, F. M. J.; BIERENS, J. J. The evaluation of research methods during disaster exercises: applicability for improving disaster health management. **Prehospital and Disaster Medicine**, New York, v. 27, no. 1, p. 18-26, 2012.
- MACHADO, S. A. F. M. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MASCARENHAS, G. Londres 2012 e Rio de Janeiro 2016: conceitos e realidade na literatura da cidade olímpica. **Revista Continentes**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 52-72, 2013.
- MASSUDA, A. Megaeventos no Brasil: oportunidades e desafios da Copa do Mundo FIFA 2014 para o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 358-361, set./out., 2012. Editorial.
- MARIN, S. M. **Competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres**. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- MAZO, J. P.; ROLIM; L. H; DaCOSTA, L .P. Em busca de uma definição de legado na perspectiva de megaeventos olímpicos. In: BRASIL. Ministério do Esporte. **Legados de megaeventos esportivos**. Brasília, 2008. p. 117-120.
- McHUGH MD. Hospital nurse staffing and public health emergency preparedness: implications for policy. **Public Health Nursing**, Boston, v. 27, no. 5, p. 442-449.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MOSER, L.; PEREIRA, R. R.; PEREIRA, M. J. L. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 60-67. 2013.

MOSER, H. H. et al. Uso de curativos impregnados com prata no tratamento de crianças queimadas internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 147-153. 2013.

NOGUEIRA, F. R. **Políticas públicas municipais para gerenciamento de riscos ambientais associados a escorregamentos em áreas de ocupação subnormal**. 2002. Tese (Doutorado em Geociências) – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2002.

NOJI, E. K. (Ed.) **Impacto de los desastres en la salud pública**. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International health regulations**. Geneva, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-em.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-em.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Estrategia internacional para la reducción de desastres. **Vivir con el riesgo: informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres**. Panamá, 2004.

\_\_\_\_\_. **Marco de acción de Hyogo 2005-2015: aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres: introducción al marco de acción de Hyogo**. Ginebra: EIRD, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Homepage**. Disponível em: <[www.paho.org/bra](http://www.paho.org/bra)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

PANUNTO, M. R.; GUIRARELLO, E.B. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 96-101, 2012.

PIMENTA-DE-SOUZA, P; MIRANDA, E, S; OSORIO-DE-CASTRO, C, G S. Preparação da assistência farmacêutica para desastres: um estudo em cinco municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 9, p. 3731-3742, Sept. 2014 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000903731&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903731&lng=en&nrm=iso)>. access on 31 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.01412014>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREUSS, H. The conceptualization and measurement of mega sport event legacies. **Journal of Sport & Tourism**, London, v. 12, no. 3/4, p. 207-287, 2007.

RAMIRO, L.; MATOS, M. G. Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 684-692, ago. 2008.

REMIÃO, F. **Cianeto: toxicidade e exposição ambiental**. 2003. Monografia. Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, Porto, 2003. Disponível em:

<<http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0304/Cianetos/main.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

SABA, P.; CARDOSO, T.; NAVARRA, M. Hospital seguro frente aos desastres: uma reflexão sobre biossegurança e arquitetura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, no. 2, p. 176-180, 2013.

SAFFLE, J. R. The 1942 fire at Boston's Cocomanut Grove nightclub. **American Journal of Surgery**, New York, v. 166, no. 6, p. 581-591, Dec. 1993.

SANTOS, R. **Gestão de desastres e política de assistência social**: estudo de caso de Blumenau/SC. 2012. 335 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política). Departamento de Sociologia e Ciência Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/99485/309487.pdf?sequence>>. Acesso em: 01 fev. 2014.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. A formação acadêmica de enfermagem e os incidentes com múltiplas vítimas: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 742-751. 2012.

SARAPU, P.; LOPES, V. Juiz adota linha-dura contra idade falsa. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 09 out. 2013. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/10/09/interna\\_gerais,457716/juiz-adota-linha-dura-contra-idade-falsa.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/10/09/interna_gerais,457716/juiz-adota-linha-dura-contra-idade-falsa.shtml)>. Acesso em: 01 fev. 2015.

SHOAF, K. et al. Hospital preparedness in advance of the 2014 FIFA World Cup in Brazil. **Prehospital and Disaster Medicine**, London, v. 29, no. 4, p. 409-412, Aug. 2014.

SILVA, M. A.; CARVALHO, R. Situação de desastre: atuação da equipe de enfermagem em cirurgias emergenciais. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 67-76, 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

SOUSA, Jorge Pedro. **Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e da mídia**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2004.

SOVIENSKI, F.; STIGAR, R. Recursos humanos x gestão de pessoas. **Gestão: Revista Científica de Administração e Sistemas de Informação**, Sergipe, v. 10, n. 10, p. 51-61, jan./jun. 2008.

TEIXEIRA, E. V. J. Acidentes com múltiplas vítimas. In: OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA, E. V. J. (Org.). **Trauma**: atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 497-506.

TRAUB, M.; BRADT, D. A.; JOSEPH, A. P. The Surge Capacity for People in Emergencies (SCOPE): study in Australasian hospitals. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 186, no. 8, p. 394-398, 2007.

TOMINA, J. C. Comitê Brasileiro de Segurança contra Incêndio. **Brasil registra mais de 200 mil incêndios por ano**. 2013. Disponível em: <<http://novotempo.com/conexaont/audios/brasil-registra-cerca-de-200-mil-incendios-por-ano/>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

TRIVINÕS, N. S, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TOBAR, F.; YALOUR, R. M. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 951-964, maio 2008.

TRINDADE, M. C.; FARAH, M. Gabinete de crises. Sistema Georreferenciado para Gestão de Crises (GeoCrises). In: III CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. [Anais...] Brasília, 2010. Painel 43/169

VILLANO, B; TERRA, R. **Proposta metodológica para análise de legados das instalações do PAN 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Texto apresentado no 8º Fórum Olímpico da Academia Olímpica Brasileira.

XAVIER, D. RI. et al. Organização, disponibilização e possibilidades de análise de dados sobre desastres de origem climática e seus impactos sobre a saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3657-3668, set. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000903657&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903657&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

WEINTRAUB, A. et al. Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 287-298, 2015.

WINSKOG, C.; TONKIN, A.; BYARD, R. W. The educational value of disaster victim identification (DVI) missions transfer of knowledge. **Forensic Science, Medicine & Pathology**, Totowa, v. 8, no. 2, p. 84-87, 2012.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais em saúde pública. 2005. 337 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados aos profissionais

### ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### 1. Dados de identificação:

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Idade:

Sexo:

Profissão:

Cargo/Setor/função:

Tempo de formado:

Formação complementar:

Tempo de trabalho nessa instituição:

Tempo de trabalho neste setor/unidade:

2. Qual foi a sua atuação no atendimento dos pacientes vítimas do incêndio em Santa Maria?
  
3. Naquele momento quais foram as providências necessárias na instituição para prestar os atendimentos às vítimas?
  - De infraestrutura
    - Física: \_\_\_\_\_
    - De materiais: \_\_\_\_\_
    - Econômica: \_\_\_\_\_
  - De Recursos humanos
    - Escalas: \_\_\_\_\_
    - Capacitações: \_\_\_\_\_
    - Novas tecnologias:
    - Outras:
4. Quais destas permanecem até os dias de hoje?
5. Que documentos podem ser consultados para que sejam verificadas estas providências?



## APÊNDICE C

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista com profissionais**

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada: **Gestão de desastre: legado em um hospital universitário.**

Esta pesquisa tem por objetivo geral: Identificar e descrever os legados para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre do atendimento às vítimas do incêndio ocorrido na Boate Kiss no município de Santa Maria no ano de 2013. A identificação de legados é importante para orientar a gestão de desastres em situações que se assemelham em outros contextos. Investigar os processos de planejamento, visando aprimorar os serviços, tem grande relevância para se alcançar uma assistência segura e de qualidade, além de trazer benefícios para os atores envolvidos neste processo, os usuários, os profissionais de saúde e os gestores dos serviços de saúde.

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais da Comissão de Respostas em Emergências e Catástrofes (CREC) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta poderá durar de 40 minutos a 1 hora, em local e horário a serem combinados entre a pesquisadora e os entrevistados. Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos, porém poderá haver desconforto relacionado ao tempo despendido em participar da entrevista.

O pesquisador assegurará sigilo durante todo o desenvolvimento da pesquisa, principalmente quanto à identificação dos participantes, assegurando o anonimato através da denominação por códigos para representar as respostas dos entrevistados. As respostas serão gravadas em áudio e depois transcritas. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste projeto, sendo isentas de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, não lhe trazendo nenhum prejuízo. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo divulgados de maneira agrupada. Os mesmos serão armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após este período serão totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/2012).

Sua participação é *voluntária* e em qualquer momento da entrevista você poderá solicitar esclarecimento ou retirar o seu consentimento, deixando de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo à sua pessoa ou ao seu trabalho no serviço de saúde. A sua participação não implicará em ônus para você, a não ser a disponibilidade de cerca de uma

hora do seu tempo, para responder a entrevista. Para não causar transtornos ao seu trabalho ou ao serviço, será feito um contato prévio com você e sua chefia de serviço, para explicar os objetivos da pesquisa e combinar a melhor forma de realizar essa entrevista, acordando data e horário mais adequados.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas, e você poderá entrar em contato com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Rigatto Witt, Escola de Enfermagem da UFRGS, telefone (51) 3308-5089, e-mail: [regina.witt@ufrgs.br](mailto:regina.witt@ufrgs.br) ou com a pesquisadora Ivana Trevisan, telefone (51) 3359-7432, e-mail: [itrevisan@hcpa.edu.br](mailto:itrevisan@hcpa.edu.br). O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre também poderá ser contatado para dúvidas pelo telefone (51) 3359-7640, das 8 às 17horas, de segunda a sexta-feira.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando a outra via com a pesquisadora.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

## ANEXO A

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

<b>GESTÃO DO DESASTRE DE SANTA MARIA: LEGADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 29 de maio de 2014.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Regina Rigatto Witt	
Ivana Trevisan	

## ANEXO B

## Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gestão do Desastre de Santa Maria: Legados em um Hospital Universitário

**Pesquisador:** Regina Rigatto Witt

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30346814.2.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 709.089

**Data da Relatoria:** 02/07/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso onde, através de uma entrevista semi-estruturada com 20 profissionais envolvidos no atendimento das vítimas do incêndio de Santa Maria no HCPA, buscará se identificar o legado para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre do atendimento às vítimas do incêndio de Santa Maria no ano de 2013. A questão de pesquisa a ser avaliada é Quais foram as providências necessárias para o atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, das vítimas do desastre de Santa Maria? Quais destas se mantêm até os dias de hoje? Na perspectiva dos profissionais da Comissão de Respostas em Emergências e Catástrofes (CREC), quais são as evidências destes processos?

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da pesquisa é: Identificar o legado para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre do atendimento às vítimas do incêndio de Santa Maria no ano de 2013, tendo com objetivos específicos: Relacionar a partir da perspectiva dos profissionais, quais foram as providências tomadas no HCPA para o atendimento às vítimas do incêndio e, por fim, identificar quais destas providências na gestão de recursos físicos, materiais e humanos, e no uso de novas tecnologias, frente à situação vivenciada permanecem até os dias atuais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não ficam claros os benefícios. Existe a exposição tanto dos indivíduos que foram submetidos à

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 709.089

exposição traumática, como dos profissionais que vivenciaram este atendimento. Os riscos foram minimizados na versão atual do projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A questão de pesquisa é interessante, mas provavelmente o delineamento proposto não responderá aos objetivos. Como ter certeza que, após mais de um ano, as mudanças que ocorreram na Instituição foram devidas a esta situação? Também não está claro se as mudanças que estão sendo avaliadas são na prática assistencial ou no gerenciamento administrativo. Seria importante avaliar estas diferenças, pois serão entrevistados diferentes profissionais. Não estão claros quais serão os critérios de inclusão e como estes profissionais serão escolhidos. Está previsto contatar responsáveis administrativos da instituição? Portanto, deverão ser respondidos os questionamentos sobre o delineamento proposto, sobretudo se respondem aos objetivos, e descrever melhor os critérios para a seleção da amostra e o procedimento.

COMENTÁRIO DO CEP: O projeto foi reformulado, buscando atender as sugestões do comitê. A questão que segue pendente é entender participação de outros profissionais que não os que atuam no CREC do HCPA, conforme descrição no projeto: Inicialmente serão convidados a participar da pesquisa os profissionais que atuam no CREC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A seguir, a partir da entrevista, estes serão solicitados a indicar outros participantes, sendo a amostra composta através da técnica snowball. Este processo será repetido sucessivamente a fim de identificar o maior número de indivíduos que possam contribuir para a realização do estudo. PENDÊNCIA PARCIALMENTE ESCLARECIDA. Ainda é necessário esclarecimentos referente ao questionamento apontado neste comentário.

NOVO COMENTÁRIO DO CEP: Na nova versão do projeto apresentada, os pesquisadores contemplam os esclarecimentos referentes as questões apontadas acima. PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não foi apresentado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais está em branco. Qual o benefício do uso de prontuários e dados de pacientes? O TCLE não descreve os possíveis desconfortos em relação a entrevista. Não fica claro quanto tempo durará a entrevista e onde ela será realizada. No TCLE é discutida a questão das mudanças institucionais e assistenciais após o atendimento. Isto não dá uma idéia aos funcionários de que eles devem dizer que houve mudanças? Deverão ainda ser discutidos os aspectos de possibilidade de coerção na entrevista e na seleção da amostra.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 709.089

COMENTÁRIO DO CEP: O TCLE foi modificado conforme sugestão. Seria interessante incluir um parecer do CREC concordando na participação do presente estudo. PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Explicar a necessidade de participação de outros profissionais que não os que atuam no CREC do HCPA. Seria interessante incluir um parecer do CREC concordando na participação do presente estudo.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: A seleção será intencional, ou seja, uma amostragem não probabilística, onde há uma escolha deliberada da amostra. Os critérios de inclusão referem-se ao envolvimento no gerenciamento da situação de desastre vivenciada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Primeiramente serão convidados a participar da pesquisa os profissionais que atuam no CREC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde que estes atendam os critérios estabelecidos. Para estes profissionais o tempo de atuação nesta comissão deve ser de, no mínimo 18 meses. A partir da entrevista, estes serão solicitados a indicar outros participantes que atendam os critérios de inclusão de envolvimento no gerenciamento do atendimento da situação de desastre. Assim, a amostra será composta por técnica de snowball. Este técnica é um processo repetido sucessivamente a fim de identificar o maior número de indivíduos que possam contribuir para a realização do estudo (RAMIRO E MATOS, 2008; MALHOTRA, 2001). Destacamos que será solicitada anuência para participação no estudo às chefias dos serviços nos quais sejam indicados profissionais para a entrevista.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão 01/07/2014, TCLE versão 30/05/2014 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)359--7640 Fax: (51)359--7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 709.089

Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Os autores deverão preencher o documento de Delegação de Funções para atividades do presente projeto (disponível na página da internet do HCPA - Pesquisa - GPPG - Formulários - Formulário de Delegação de funções para membros de equipe de pesquisa). Uma vez preenchido, o documento deverá ser enviado ao CEP como Notificação, através da Plataforma Brasil.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 04 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br