

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

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: uma realidade a ser explorada no
contexto das doenças crônicas não transmissíveis**

TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO

- Modalidade Artigo Publicável -

Ana Paula Flores Colpo

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Universidade Federal de Santa Maria

Centro de Ciências da Saúde

**Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,

aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: uma realidade a ser explorada no
contexto das doenças crônicas não transmissíveis**

Elaborado por

Ana Paula Flores Colpo

Orientado por

Ms. Jucelaine Arend Birrer

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde
com ênfase em Crônico-Degenerativo**

Comissão Examinadora:

Ms. Jucelaine Arend Birrer (HUSM)-Presidente	Mda. Miriam Perrando (HUSM)	Dr^a Nildete Terezinha de Oliveira (HUSM)
---	--	--

Santa Maria, 21 de março de 2014.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: uma realidade a ser explorada no contexto das doenças crônicas não transmissíveis

Stroke: a reality to be explored in the context of chronic noncommunicable diseases

**Ana Paula Flores Colpo¹, Jucelaine Arend Birrer², Aline Amaral dos Santos³,
Andréia Claro Tavares⁴, Camila Pinno⁵, Fernanda Vianna Schmitt⁶**

¹ Terapeuta ocupacional, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM. Endereço: Rua Dos Andradas nº1235/209, Santa Maria, RS/Brasil, Cel (55) 99163304, email: ana.colpo@hotmail.com.

² Enfermeira, orientadora; Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria; Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. juarend@ibest.com.br

³ Cirurgiã-dentista, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

⁴ Assistente social, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde -UFSM/HUSM.

⁵ Enfermeira, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde -UFSM/HUSM.

⁶ Fisioterapeuta, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde -UFSM/HUSM.

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) caracteriza-se por um déficit neurológico, de início súbito podendo apresentar paralisção ou dificuldade de movimentação dos membros do hemicorpo, alteração na sensibilidade, disartrias e/ou disfagias, déficit visual e cognitivo. Divide-se em isquêmico e hemorrágico; o isquêmico corresponde em média a 80% dos casos e trata-se de uma emergência médica. O objetivo deste estudo constitui-se em mapear as regiões administrativas com incidência de AVE internados em um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012 e suas fragilidades no campo da saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa descritiva. Para este estudo se compilou informações de quatro estudos realizados a partir de um projeto matriz desenvolvido por residentes multiprofissionais. Com os dados obtidos percebe-se claramente que existe um grande desafio em relação à atenção integral ao usuário acometido por AVE, que geralmente é percebido de forma fragmentada. A sistematização da assistência contempla uma necessidade institucional e regional e se justifica pela intensidade dos agravos do AVE junto ao sistema único de saúde, pela crescente morbimortalidade e sequelas decorrentes dos agravos das DCNT.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico; regiões administrativas, mapeamento.

ABSTRACT

Stroke (CVA) is characterized by a sudden neurological deficit, may lead to difficulty of moving or paralysis of the members hemisphere, sensitivity alterations, dysarthrias and / or dysphagia, visual and cognitive deficits. It is divided in ischemic and hemorrhagic; ischemic corresponds, on average, 80% of cases and it is a medical

emergency. The goal of this study consists on mapping the administrative regions of the state of Rio Grande do Sul, in the period between January of 2011 and December of 2012 and its weaknesses in health field. This is a quantitative and qualitative and descriptive research. For this study compiled information of four studies from a matrix project developed by multidisciplinary residents. With the data obtained becomes clear that there is a challenge related to the full attention to the user affected by CVA, which is usually realized by a fragmented way. The systematization of the assistance offers an institutional and regional need and justify by the strength of injuries caused by CVA with the unified health system, by the increase of mortality and sequelae of injuries resulting from CNDs.

Keywords: Stroke, administrative regions, mapping.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹ se tornaram predominantes em virtude das características da transição demográfica e epidemiológica brasileira. São consideradas DCNT as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus. Também são incluídas aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas; as doenças bucais, ósseas e articulares; as desordens genéticas; e as patologias oculares e auditivas.

Dentre essas, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem uma das principais determinantes de óbitos em ambos os sexos, no país. Dentro do grupo das DCV, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) se tornou uma das principais causas de morte e incapacidade. Sendo o Brasil, em relação a todos os países da América Latina, o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVE, consistindo, entre as mulheres, a principal causa de óbitos².

Estima-se que, no ano de 2020, as DCV ainda continuem liderando as estatísticas de morbimortalidade no mundo. Nessa perspectiva, as intervenções para prevenção e promoção da saúde necessitam abordar integralmente os fatores de risco clássicos para as doenças cardiovasculares, que são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia e tabagismo. O Brasil, nas últimas décadas apresentou aumento desses fatores, com exceção do tabagismo³.

Essas doenças são responsáveis pelo maior custo econômico para o sistema de saúde e a sociedade e, esses gastos aumentarão na próxima década se intervenções efetivas não forem implantadas. Estes custos ocorrem tanto de forma

direta - custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais - como indireta - perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outros determinantes⁴ .

Além dos crescentes gastos em saúde, as DCV podem levar os indivíduos a incapacidades funcionais temporárias ou permanentes, prejudicando, de maneira significativa, a vida pessoal, financeira e social, além da dinâmica familiar, como no caso do AVE⁵. Trata-se de uma patologia com grandes repercussões para a saúde pública, pois atualmente, é a primeira causa de mortalidade no Brasil e de incapacidades em adultos⁶.

O termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) se refere à redução súbita da circulação cerebral em um ou mais vasos sanguíneos e, de acordo com sua etiologia, recebe a classificação de isquêmico (AVEi) caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro por um coágulo – trombo - ou por uma interrupção de atividade elétrica, o que resulta em danos nos tecidos, enquanto que o hemorrágico (AVEh) se caracteriza por uma ruptura do vaso sanguíneo na região encefálica, formando um hematoma⁷⁻⁸.

Aproximadamente 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVE morrerão em até seis meses, sendo que grande parte dos sobreviventes irão apresentar deficiências neurológicas e incapacidades significativas, o que faz do AVE a primeira causa de incapacitação no ocidente⁹. Devido o rápido e intenso envelhecimento populacional brasileiro, se estima que o AVE apresente cada vez mais relevância como um problema de saúde pública, até que os investimentos na prevenção dessa doença passem a ser prioridade do sistema de saúde brasileiro¹⁰.

Diante disso, percebe-se que o atual modelo de atenção à saúde ainda é

fundamentado em ações curativas, caracterizado pelo modelo médico hegemônico e estruturado em ações e serviços de saúde organizados a partir da oferta. Esse modelo se mostra insuficiente para atender, de maneira integral, às demandas desses indivíduos¹¹. Entende-se a necessidade de ações interdisciplinares com equipes multiprofissionais, possibilitando um atendimento integral aos usuários e forma a viabilizar ações que possam estar contribuindo com o processo saúde-doença dos usuários acometidos por AVE.

Ao compreender o AVE não apenas dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal mas em suas dimensões psicológicas, sociais e culturais, os profissionais reiteraram a necessidade do aporte de vários campos do conhecimento na atenção às pessoas com este agravo de saúde. Percebe-se que a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde está subjugada a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido¹².

Os serviços de saúde buscam uma nova forma de atenção e gestão: um sistema universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas¹³. A construção de redes se tornou uma estratégia indispensável, que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento do processo saúde-doença, no caso deste estudo, relacionado aos agravos decorrentes do AVE.

A descentralização e sua face regionalizadora, diretrizes organizacionais do SUS são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional. Desde que o Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a descentralização foi uma estratégia privilegiada para a implantação do sistema. Somente mais tarde é que a estratégia

da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais. Isso visa o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade e diminuir as desigualdades sociais do Brasil¹⁴.

Segundo a linha de raciocínio dos autores, a descentralização é proposta como um mecanismo de aceleração da redemocratização do país no contexto de um ambiente governamental cooperativo, ou seja, em que Estados e municípios se unem para elaboração da nova Constituição e organização do poder democrático. A regionalização foi uma estratégia que compreende a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas. Objetivando oferecer à população atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema — primária, secundária e terciária¹⁵.

No primeiro ano de vivência em um Programa de Residência Multiprofissional em um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul, foi desenvolvido um projeto de extensão e pesquisa pelos residentes integrantes da linha de cuidado da neurologia, o qual deu origem a esse artigo. Neste período, percebeu-se que os usuários acometidos por AVE representavam um número significativo de internações na unidade hospitalar.

Portanto, percebe-se a relevância deste estudo no sentido do desenvolvimento de ações que despertem o comprometimento de gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivar seu

processo de organização, redirecionando o cuidado integral por meio das redes de atenção à saúde no contexto do usuário pós-AVE, estabelecendo critérios objetivos numa perspectiva de ações de linha de cuidado, contemplando o acesso sem fronteiras.

Este trabalho tem o objetivo de mapear as regiões administrativas com incidência de AVE internados em um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012 e suas fragilidades no campo da saúde.

MÉTODO

O presente estudo é parte do projeto matricial intitulado “*O Caminho Percorrido na Rede de Atenção à Saúde, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul: a realidade dos usuários acometidos por acidente vascular encefálico*”; como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma universidade pública da região central do estado do Rio Grande do Sul. Integram este projeto cinco núcleos profissionais, caracterizando-os uma equipe multiprofissional: fisioterapia, enfermagem, serviço social, odontologia e terapia ocupacional.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa descritiva, fundamentada nos trabalhos de Mann et al¹⁶.

As pesquisas descritivas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”¹⁷. O autor destaca, ainda, que as pesquisas descritivas têm como desígnio estudar as características, crenças e

atitudes de um determinado grupo.

Para este estudo se compilou informações dos quatro estudos realizados a partir do projeto matriz, reunindo informações e dados coletados no decorrer da pesquisa.

A pesquisa do projeto matriz iniciou em um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, com continuidade na atenção primária, com enfoque nos usuários elencados para pesquisa e cuidadores, assim como gestores dos três níveis de atenção. O período de coleta de dados foi de outubro a dezembro de 2013. Foram realizadas consulta ao Setor de Estatística da instituição hospitalar, a fim de identificar o número de usuários internados na unidade de clínica médica acometidos por AVE no período de janeiro de 2011 a dezembro 2012. Após esta análise foi escolhido o município de maior incidência de casos, o qual foi identificado no município central, onde a instituição hospitalar proponente deste estudo está localizada.

Foram incluídos no estudo usuários residentes no município de referência do hospital e/ou seus cuidadores, ambos procedentes do bairro com maior prevalência de internações por AVE. Também foi definida uma amostra intencional de seis (6) gestores sendo quatro da atenção primária - Unidades Básicas de Saúde; um do Setor de Regulação - Coordenadoria Regional de Saúde e, um da atenção terciária - Gestor da instituição proponente.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada a partir de questionários elaborado pelos autores do estudo. As entrevistas foram realizadas após contato telefônico e agendamento prévio; gravadas, transcritas e analisadas, sendo que o número de sujeitos pesquisados foi definido pelo sistema de saturação de dados.

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas

foi utilizado à análise de conteúdo proposta por Minayo¹⁸. A partir da análise, se estabeleceu a definição de categorias não a priori as quais foram sendo criadas a partir da similaridade das falas dos entrevistados.

O bairro com maior incidência de AVE constou de 15 (quinze) casos. Foi realizado contato telefônico com os usuários e constatou-se que destes, 4 (quatro) haviam ido a óbito dos quais 3 (três) respectivos cuidadores foram entrevistados, 2 (dois) possuíam endereço não condizente com o prontuário, 2 (dois) não foram encontrados no referido endereço, não sendo possível localizá-los, 1 (um) foi registrado erroneamente, pois não foi acometido por AVE e sim por uma neoplasia (vindo falecer posteriormente) e 1(um) não compareceu para a entrevista, após agendamento. Foram entrevistados cinco (5) usuários acometidos por AVE e três (3) cuidadores.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, número CAAE 22047313.8.0000.5346.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O hospital, referência deste estudo, trata-se de um hospital público, geral e escola, de nível terciário que tem por finalidade desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde. Localizado no centro geográfico do estado do Rio Grande do Sul-RS, é referência de média e alta complexidade para toda a região centro-oeste do Estado. Abrange 43 municípios e uma população superior a 1 milhão e 150 mil habitantes, prestando serviços assistenciais e servindo como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação, viabilizando a assistência multidisciplinar à comunidade e a condução de pesquisas em caráter interdisciplinar.

Conta atualmente, em sua infraestrutura com instalações distribuídas em 30.000 m² de área construída, que incluem trezentos e dez leitos de internação; trinta e dois leitos de unidades de tratamento intensivo - adulto, pediátrico e neonatal.

Conta ainda com sete salas de centro cirúrgico; centro obstétrico; centro de transplante de medula óssea e renal; área ambulatorial (sessenta e oito consultórios com ambulatórios de especialidades) e quatorze salas para procedimentos, curativos, vacinas, triagem e acolhimento, farmácia, avaliação nutricional, atendimento odontológico e para atividades de ensino. Possui também laboratórios; serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, tomografia computadorizada, ultrassonografia e medicina nuclear); traçados gráficos; endoscopia, broncoscopia; unidade de hemodinâmica, radioterapia, quimioterapia; fisioterapia; suporte nutricional; serviço de controle de infecção hospitalar e vigilância epidemiológica; hospital-dia em HIV/AIDS; serviço de internação domiciliar; salas de recreação terapêutica.

São atendidas mais de 40 especialidades, sendo que no ano de 2012, atendeu 130.534 consultas especializadas, 44.801 consultas de emergência, realizou 4.373 cirurgias por especialidade, 2.039 partos, 25 transplantes, 12.009 procedimentos ambulatoriais (pequenas cirurgias) e 990.452 exames laboratoriais.

No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, internaram em decorrência de AVE, cento e noventa e um (191) usuários procedente das cidades onde o hospital serve como referência. A distribuição territorial dos casos registrados por AVE está identificada na Figura 1.

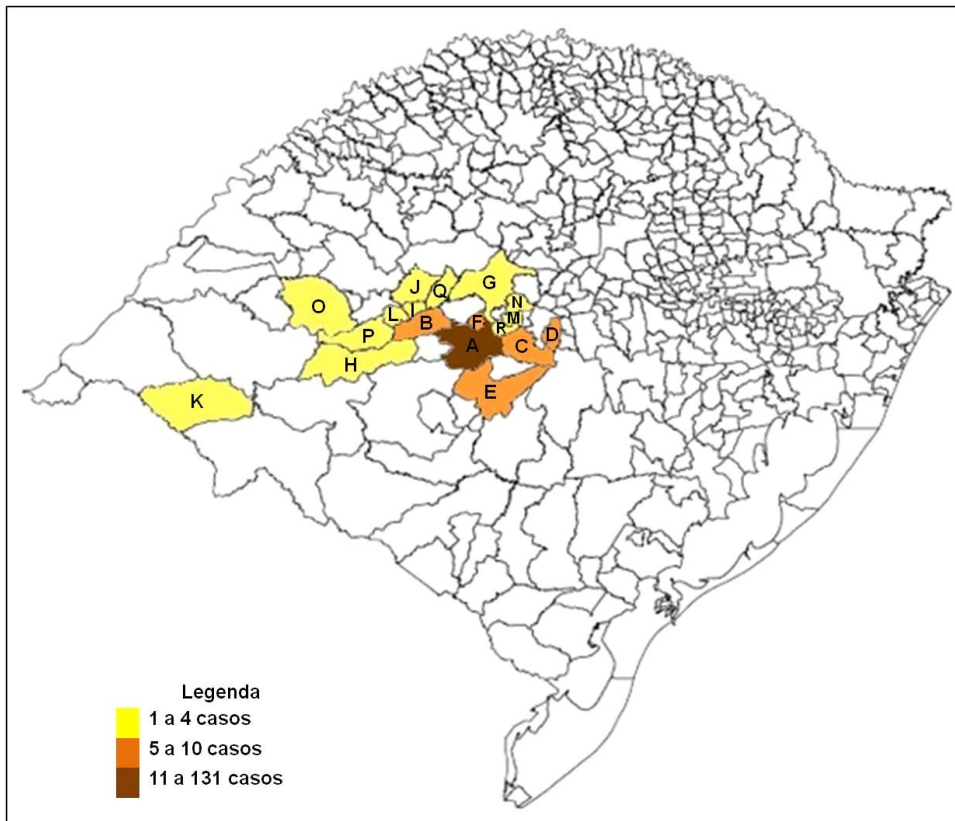


Figura 1 – Incidência de casos de Acidente Vascular Encefálico atendido em um Hospital Universitário da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul.

De acordo com a figura, a cidade A foi a que representou maior número de usuários acometidos por AVE. Esta se localiza no mesmo local da instituição do estudo e possui uma população de 261.031 mil habitantes. A distribuição territorial dos casos encontrados está dividida em regiões administrativas do município conforme representa a Figura 2.

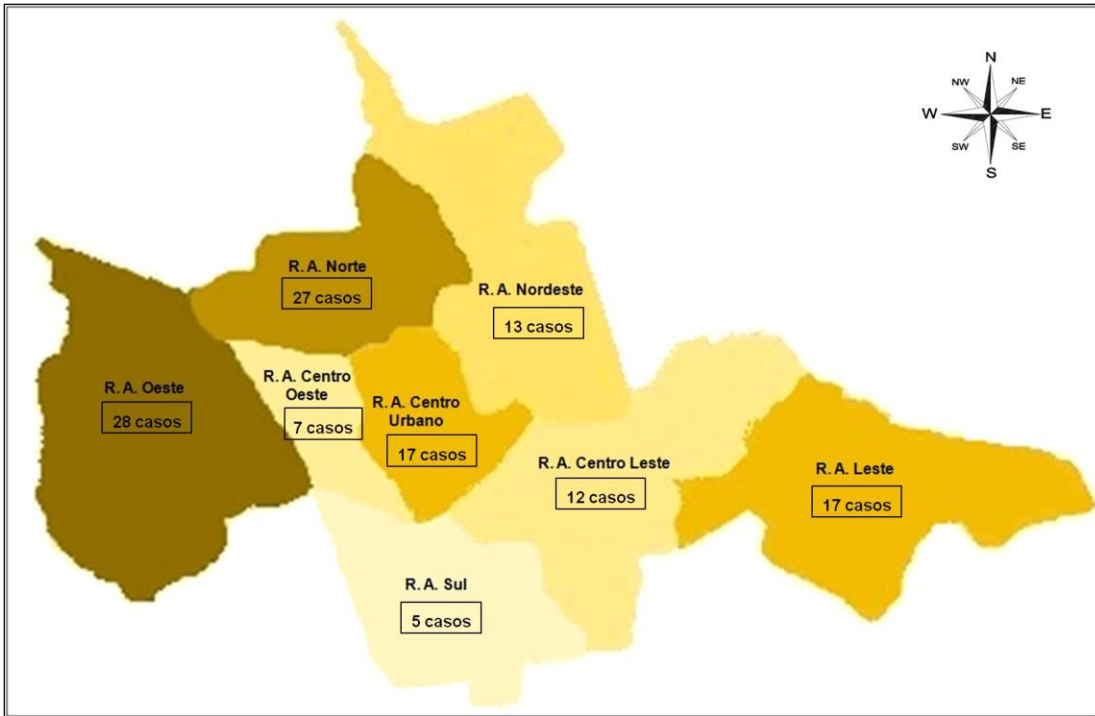


Figura 2 – Incidência de casos de Acidente Vascular Encefálico por Região Administrativa da cidade A.

A cidade A possui quatorze (14) Unidades Básicas de Saúde (UBS), e onze (11) Estratégias de Saúde da Família (ESF) distribuídas conforme Figura 3.

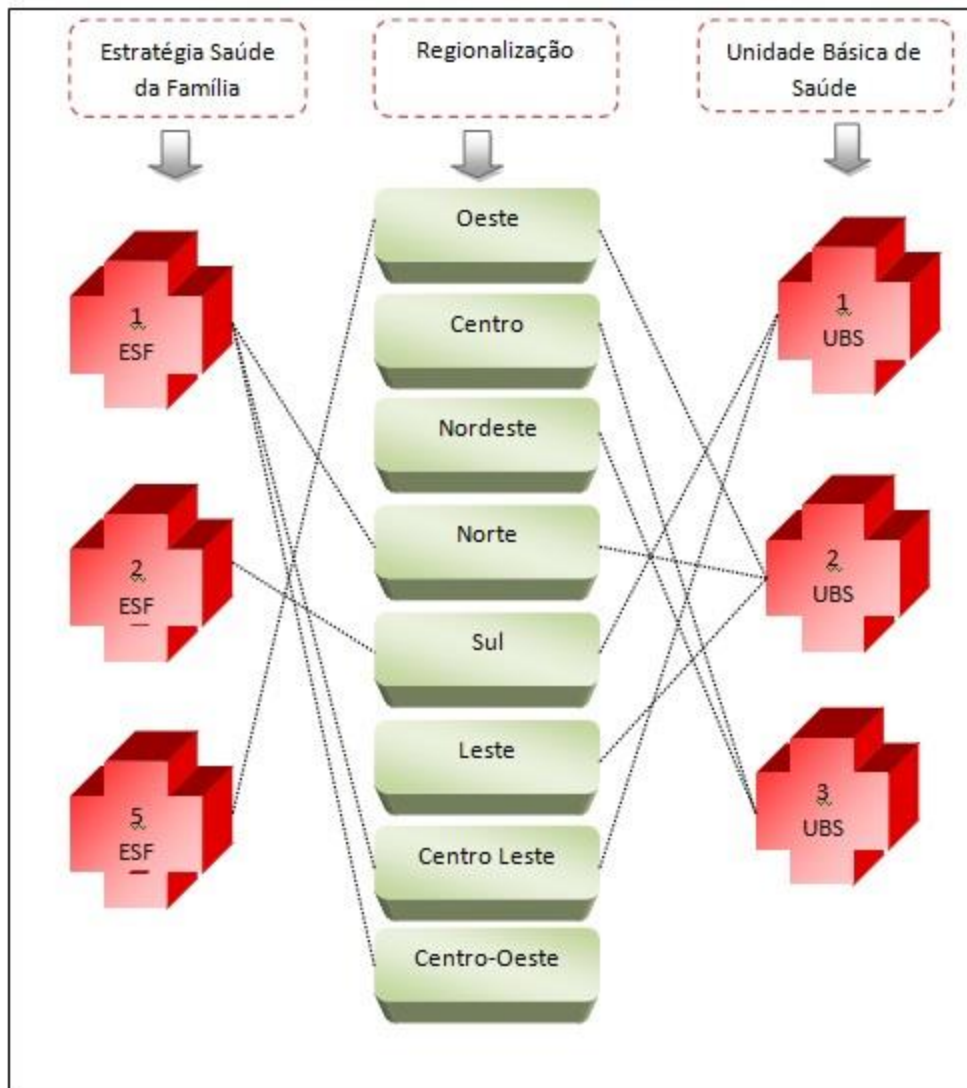


Figura 3 – Representação esquemática da distribuição espacial dos serviços de saúde da atenção básica da cidade A.

Observa-se que mesmo possuindo mais de uma UBS e ESF em algumas regiões administrativas, o índice de casos de AVE é elevado, como pode ser visto nas regiões oeste e norte que representam vinte e oito (28) e vinte e sete (27) casos respectivamente.

De acordo com os dados coletados pelos residentes multiprofissionais integrantes do projeto matriz a região administrativa oeste apresentou o maior número de casos, vinte e oito (28) e os fatores de risco encontrados com maior

frequência nos usuários acometidos por AVE foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo e etilismo. Dos oito (8) usuários acometidos por AVE entrevistados a HAS foi encontrada em sete (7) correspondendo a 87,5% dos entrevistados.

A hipertensão arterial é um fator de risco preditivo poderoso para o AVE e as doenças cardíacas constituem o segundo mais importante fator de risco, especialmente para os quadros aterotrombóticos e embólicos¹⁹. Os distúrbios respiratórios - broncopneumonia, pneumonia lobar, embolia pulmonar e acúmulo de secreção traqueo brônquica -; diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo também são vilões para o acontecimento deste agravo.

Entende-se que estes fatores de risco necessitam ser intensamente trabalhados na atenção básica, evitando que usuários sejam acometidos e percam suas funções sociais, déficit comumente causado pelo AVE. As maiorias das pessoas que sofrem deste agravo ficam com sequelas físicas ou cognitivas, o que interfere diretamente na vida social. Muitos deixam de praticar suas funções laborais, além de tornarem-se dependentes de cuidados, fazendo com que familiares mudem completamente suas rotinas para poderem atendê-los. Quem antes era provedor do sustento da casa, passa a sentir-se um incômodo para seus familiares.

Nas ESF a extensão do cuidado primário se origina da reformulação das prioridades do Ministério da Saúde, que desde 1994 foi eleita pelo governo como proposta para reorganização da atenção básica²⁰⁻²¹. Compromete-se a prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade através de prática humanizada e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde²².

No entanto, de acordo com os dados coletados percebe-se a busca de condições por parte destes usuários para que as reformas sanitárias sejam alcançadas e atinjam um espaço de racionalização no contexto das ações em saúde no espaço da atenção básica. Os usuários e cuidadores entrevistados parecem integrar um grupo de indivíduos solitários, dependentes de uma estrutura que não existe e quando existe esta alicerçada num modelo tradicionalista e conservador.

As propostas advindas do modelo da atenção primária carecem de mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, os quais necessitam estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades da população integrando com as demais práticas da rede de cuidado social²³.

Entende-se que para que essa estrutura se altere, a atenção primária necessita rever seu desenho das ações gerenciais voltados à promoção da saúde, pois essa estrutura contempla uma atenção populacional de primeiro contato, longitudinalidade – vínculo do usuário com a unidade e/ou profissional -, integralidade e coordenação²⁴.

Colocar em prática essas definições e gerir um sistema tão complexo, levando em consideração as particularidades e realidades locais são apenas pequenos pontos que devem ser trabalhados pelos gestores diante de um universo de dificuldades enfrentadas pelos usuários acometidos por AVE.

Nos dois anos de residência no nível terciário, esses usuários foram acompanhados e percebeu-se que muitas dificuldades enfrentadas no âmbito primário fazem parte do terciário. Entre elas a problemática situação na gestão dos serviços públicos, em especial de hospitais ligados ao SUS. Os gestores participantes deste estudo, não visualizam uma efetiva funcionalidade no processo

de encaminhamentos dos usuários, direcionando as falhas para a gestão e para os demais setores da saúde. No relato dos gestores entrevistados nos três níveis de atenção identificou-se falta de conhecimento, comprometimento e compartilhamento das informações.

O processo de estruturação do modelo de saúde demanda intervenções sistêmicas entre os gestores e profissionais da saúde que compõem essa prática. A importância de momentos de discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde, leitura de textos, capacitações envolvendo todos os profissionais, na perspectiva de iniciativas direcionadas para o entendimento, organização e efetivação do cuidado ao usuário acometido por AVE parece ser inexistente.

Os usuários entrevistados na sua totalidade deram entrada no pronto atendimento do hospital, visto que, o motivo era emergencial. Mesmo diante da ampliação e aprimoramento da assistência a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS²⁵.

Esses usuários permaneceram internados no pronto atendimento aguardando leito na clínica correspondente, local onde os residentes multiprofissionais atuam na linha de cuidado da neurologia. A partir da realidade vivenciada, os residentes propuseram as reuniões da clínica ampliada justificado pela necessidade de discussões dos casos e planejamento do plano terapêutico singular.

No entanto como pode ser constatado, após o tratamento clínico e o suporte multiprofissional, pouco foi realizado por este paciente, principalmente no que se refere à questão de transferência para o outro nível de complexidade.

A clínica ampliada é um dispositivo que fortalece a troca de saberes de

diversas profissões, o que desencadeia uma ampla efetividade do serviço prestado ao usuário e familiar. A participação multiprofissional neste contexto pressupõe compartilhar técnicas, mas, sobretudo um olhar ético das diferentes áreas profissionais²⁶. Gastão e Castro²⁷ corroboram esta ideia fomentando a integração dos diversos núcleos profissionais como fonte de saberes que auxiliam os profissionais a desenvolverem a capacidade de trabalhar em rede, em equipe e com cogestão do trabalho em saúde.

A análise realizada nos trinta e nove (39) reuniões de clínica ampliada, registrada em Ata dos usuários acometidos por AVE na unidade de clínica médica da instituição hospitalar, analisados entre junho de 2012 a janeiro de 2014, identificou fragilidades decorrentes da adesão dos profissionais do corpo assistencial do serviço e dos preceptores dos residentes multiprofissionais e médicos.

Essas fragilidades decorrem da não participação da discussão dos casos, o não cumprimento do plano de cuidado planejado por núcleo profissional e decisões de equipe, predominando a decisão centrada na figura do médico. Essas barreiras levam ao desencontro das informações, a não continuidade do cuidado e perda da singularidade do usuário no contexto da linha de cuidado.

O propósito da construção da linha de cuidado esta fundamentada na sistemática da atenção, a partir de redes macro e micro institucional, em processos dinâmicos, nos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades¹².

Este estudo contempla uma necessidade institucional e regional e se justifica pela intensidade dos agravos do acidente vascular encefálico junto ao sistema único de saúde, pela crescente morbimortalidade e sequelas decorrentes dos agravos das

DCNT. Caracterizada por uma etiologia incerta as DCNT se constituem de múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais²⁸. Carecem de uma gestão que aceite o desafio em implantar novas tecnologias de saúde, com vistas à prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário, referenciado no vínculo e na responsabilização.

Considerações Finais

Considerando o objetivo desse estudo de mapear as regiões administrativas com incidência de AVE internados em um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012 e suas fragilidades no campo da saúde, percebe-se que existe um grande desafio em relação à atenção integral ao usuário acometido por AVE.

Esse estudo possibilitou identificar o mapeamento da rede de atenção ao usuário acometido por AVE, sendo um dispositivo potente de orientação dos gestores e das equipes de saúde na gestão dos dados territoriais e no planejamento de ações de saúde, por demonstrar atualizações dos dados e propiciar a análise das informações geradas.

Identificou-se que não há uma organização satisfatória entre os serviços de saúde, em ambos os níveis de assistência. Os fluxos assistenciais são desordenados, não havendo um elo de contato para continuidade do cuidado, denotando a fragmentação dos serviços, sejam eles nas UBS, nas ESF ou no hospital.

Essa realidade dificulta a gestão e fragmenta o trabalho em saúde, dilui a

responsabilidade abrindo espaço para a não gestão partilhada e incentiva o vício da irresponsabilidade diante de fatores sociais e do serviço público.

Referências Bibliográficas

- 1- CESSE, E. A. P. Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, 2007.
- 2- GARRITANO, C. R; *et al.* Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. Arq. Bras. Cardiol. 98.6 (2012): 519-527.
- 3- SOUZA, E. C. F. de; *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. Caderno saúde pública, 2006.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf. Acesso em 04 de janeiro de 2013.
- 5- LEVY, José Antônio, OLIVEIRA, Acary Souza Bulle. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. Atheneu, 2003.
- 6- CAVALCANTE, T. F; *et al.* Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. Revista Latino-americana de Enfermagem 18.4 (2010).
- 7- MASSARO, A. R. Acidente vascular cerebral isquêmico. *In*: KOIZUMI, M. S, DICCINI, S. (organizadoras). Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 329-48.
- 8- LAVADOS, P. M, HENNIS, A. J. M, FERNANDES, Jefferson G, MEDINA, M.

T, LEGETIC, B, HOPPE, A, SACKS, C, JADUE, L, SALINAS, R. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurology*, v. 6, p. 362–72, 2007.2-27.

9- ANDRÉ, C. Manual de AVC. Revinter, 2006.

10- FONSECA, N. R, PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 004 (2008): 1175-1180.

11- BRASIL. Ministério da saúde. Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.

12- MERHY, E. CECÍLIO, L. C. O. O Singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Dabat*, Rio de Janeiro, v. 27, nº 64, p.110-122, maio/ago. 2003.

13- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

14- LUIZA, ANA, ÁVILA VIANA, e Paulo Eduardo Mangeon Elias. "Novas perspectivas para a regionalização da saúde." *São Paulo em Perspectiva* 22.1 (2008): 92-106.

15- Gondim, Grácia Maria de Miranda, et al. "O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização." *Miranda AC, Barcellos C, Moreira J,*

Monken M, organizadores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz (2008): 237-255.

16- Mann, J, Tarantola, D, Netter, T.W. (Orgs.) *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

17- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª Edição Editora Atlas S.A. 2010.

18- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2012.

19- RADANOVIC, MÁRCIA. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* São Paulo, v. 58, n. 1, Mar. 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100015&lng=en&nrm=iso. access on 03 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2000000100015>.

20- Mendonça MHM, Vasconcellos MM, Vianna ALA. *Atenção Primária à Saúde no Brasil*. *Cad Saúde Pública*. 2008, 24(Sup 1):S4-S5.

21- BRASIL, ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

22- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, Dalvan Antônio de. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, Sept. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

[55022010000300007&lng=en&nrm=iso](http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300007)>.

access

on 03 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300007>.

23- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010.

24- STARFIELD, B. Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde. In: _____. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO. (Ministério da Saúde do Brasil, 2004).

25- Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003.

26- PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, 2001; 35(1): 103-9.

27- CASTRO, Cristiane Pereira. Avaliação da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão. 2011.

28- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Switzerland, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en>. Acesso em: 02 mar. 2014

ANEXO 1 – Forma e preparação de manuscritos para a revista CADERNOS SAÚDE COLETIVA.

Cadernos Saúde Coletiva ISSN 1414-462X versão <i>impressa</i>	INSTRUÇÕES AOS AUTORES <ul style="list-style-type: none"> • <u>Escopo e política</u> • <u>Forma e preparação de manuscritos</u> • <u>Envio de manuscritos</u>
--	---

Escopo e política

	<p>Os Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.</p> <p>Conflito de interesses: Todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.</p> <p>Questões éticas: Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.</p> <p>O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.</p> <p>Autoria: Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.</p> <p>A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no <u>Documento de responsabilidade pela autoria</u>.</p> <p>Processo de julgamento: Os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.</p> <p>Pré-análise: a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.</p>	
--	---	--

	<p>Avaliação por pares: os artigos selecionados na pré-análise são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.</p> <p>O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.</p>	
--	---	--

Forma e preparação de manuscritos

	<p>Serão aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês. A folha de rosto deve conter o título do trabalho, nome, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal.</p> <p>O artigo deve conter título do trabalho em português, título em inglês, resumo e abstract, com palavras-chave e key words. As informações constantes na folha de rosto não devem aparecer no artigo. Sugere-se que o artigo seja dividido em subitens. Os artigos serão submetidos a no mínimo dois pareceristas, membros do Conselho Científico dos Cadernos ou a pareceristas ad hoc. O Conselho Editorial do CSC enviará uma carta resposta informando da aceitação ou não do trabalho.</p> <p>A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.</p> <p>Formatação: Os trabalhos devem estar formatados em folha A4, espaço duplo, fonte Arial 12, com margens: esq. 3,0 cm, dir. 2,0 cm, sup. e inf. 2,5 cm. O título deve vir em negrito; palavras estrangeiras, e o que se quiser destacar, devem vir em itálico; as citações literais, com menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências. Todas as páginas devem estar numeradas.</p> <p>Ilustrações: o número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser mínimo (em um máximo de 5 por artigo, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto).</p> <p>Tabelas: Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.</p> <p>Figuras: As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas</p>	
--	---	--

	<p>consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi..</p> <p>As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.</p> <p>Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal (de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (Abstract); O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho. Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página http://decs.bvs.br/).</p> <p>Agradecimentos: As pessoas que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria, assim como instituições que apoiaram o trabalho podem ser mencionados, desde que deem permissão expressa para isto (Documento de responsabilidade pelos agradecimentos).</p> <p>Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:</p> <p>Artigos originais: artigos resultantes de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, ou ensaios teóricos; máximo de 4.000 palavras.</p> <p>Revisão: revisão bibliográfica crítica sobre um tema específico; máximo de 4.000 palavras.</p> <p>Debate: artigo teórico acompanhado de opiniões proferidas por autores de diferentes instituições, a convite do Editor; máximo de 6.000 palavras</p> <p>Notas: relato de resultados preliminares ou parciais de pesquisas em andamento; máximo de 1.200 palavras.</p> <p>Opiniões: opiniões sobre temas ligados à área da Saúde Coletiva, de responsabilidade dos autores, não necessariamente refletindo a opinião dos editores; máximo 1.800 palavras.</p> <p>Cartas: devem ser curtas, com críticas a artigos publicados em números anteriores; máximo de 1.200 palavras.</p> <p>Resenhas: resenhas críticas de livros ligados à Saúde Coletiva; máximo de 1.200 palavras.</p> <p>Teses: resumo de trabalho final de Mestrado, Doutorado ou Livre-Docência, que tenham sido defendidos nos últimos dois anos; devem incluir o nome do orientador, instituição, ano de conclusão, palavras-chave, título em inglês, abstract e key words; máximo de 1.200 palavras.</p>	
--	--	--

	<p>Ensaaios clínicos</p> <p>Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.</p> <p>As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) • ClinicalTrials.gov • International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) • Netherlands Trial Register (NTR) • UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) • WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) <p>A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.</p>	
--	---	--

Envio de manuscritos

	<p>Os autores deverão estar cadastrados no sistema da revista para a submissão de originais que deverão ser enviados online. O endereço eletrônico da revista é: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/. Neste endereço é possível realizar o cadastro no sistema, assim como verificar as orientações gerais para a submissão, tais como: tipos de manuscritos aceitos, formatação.</p>	
--	---	--

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
Avenida Horácio Macedo, S/N, 21941-598
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
Tel.: (55 21) 2598-9281

cadernos@iesc.ufrj.br