

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

Raquel Aparecida Celso

**DO CONHECIMENTO E DO CUIDADO RELATIVOS ÀS LESÕES
ENCEFÁLICAS ADQUIRIDAS: A PERCEPÇÃO DE GESTORES DE
SERVIÇOS DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Raquel Aparecida Celso

**DO CONHECIMENTO E DO CUIDADO RELATIVOS ÀS LESÕES ENCEFÁLICAS
ADQUIRIDAS: A PERCEPÇÃO DE GESTORES DE SERVIÇOS DOS NÍVEIS DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.**

Aprovado em 22 de fevereiro de 2018:



Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)



Marisa Bastos Pereira, Dra. (UFSM)



Mirna Dorneles Moreira, Me. (4ªCRS-RS)

Santa Maria, RS
2018

DO CONHECIMENTO E DO CUIDADO RELATIVOS ÀS LESÕES ENCEFÁLICAS ADQUIRIDAS: A PERCEPÇÃO DE GESTORES DE SERVIÇOS DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

KNOWLEDGE AND CARE RELATIVES ACQUIRED ENCEPHALIC INJURIES: THE PERCEPTION OF SERVICE MANAGERS OF HEALTH CARE LEVELS

Raquel Aparecida Celso ¹, Lidiane de Fátima Ilha Nichele ², Elenir Fedosse ³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos gestores sobre Lesão Encefálica Adquirida, quantos e quais os tipos atendidos nos serviços de Atenção Primária, Secundária e Terciária, os mecanismos de controle da demanda e os instrumentos que os embasam para o cuidado aos usuários com Lesão Encefálica Adquirida, de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa exploratória e analítico-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 13 gestores dos serviços que integram a rede de saúde local. A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada, com questões relativas aos conhecimentos dos gestores acerca das Lesões Encefálicas Adquiridas, estatísticas, monitoramento da prestação de serviços e instrumentos que os embasam. Analisaram-se os dados pela técnica de análise de conteúdo de cunho temático. Este estudo revelou conceituações incompletas sobre Lesão Encefálica Adquirida; atendimento prioritário de pessoas com Acidentes Vasculares Encefálicos, seguidos dos Traumatismos Crânio Encefálicos. Dos 11 serviços de Atenção Secundária, nove referiram que não possuem dados estatísticos e monitoramento da demanda. Quanto à utilização de protocolos operacionais, os gestores da Atenção Primária e Terciária têm conhecimento e os utilizam em seus serviços. Os gestores da Atenção Secundária não utilizam protocolos operacionais e a maioria não utiliza protocolos internos de encaminhamento. Há clínicas de instituições de ensino superior que prestam cuidado às pessoas com Lesão Encefálica Adquirida, porém atuam de forma segregada. Concluíram-se limitações conceituais, organizacionais e operacionais do atendimento prestado ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida.

Palavras-chave: Lesões Encefálicas, Serviços de Saúde, Administração de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the knowledge of the managers about Acquired Brain Injury, how many and which types are served in the Primary, Secondary and Tertiary Care services, the mechanisms of demand control and the instruments that support them for the care of users with Injury Acquired from a city in the central region of the state of Rio Grande do Sul. This is an exploratory and analytical-descriptive research, with a qualitative approach, carried out with 13 managers of the services that integrate the local health network. Data collection was done through a semi-structured interview, with questions related to managers' knowledge about Acquired Brain Injury, statistics, monitoring of service provision and instruments that support them. Data were analyzed by thematic content analysis technique. This study revealed incomplete conceptualizations on Acquired Brain Injury; priority service of people with cerebral vascular accident, followed by brain cranial trauma. Of the 11 services of medium technological density, nine mentioned that they do not have statistical data and demand monitoring. As for the use of operational protocols, low and high density managers have knowledge and use them in their services. Medium density managers do not use operational protocols, and most do not use

internal routing protocols. There are clinics of higher education institutions that provide care to people with Acquired Brain Injury, but they act in a segregated way. Concluded that there are Conceptual, organizational and operational limitations of the care provided to users with Acquired Brain Injury.

Keywords: Brain Injuries, Health Services, Health Services Administration, Unified Health System

¹Assistente Social, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

²Fisioterapeuta, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

³Fonoaudióloga, autora; Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde (COREMU-UFSM).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE- Acidente Vascular Encefálico
AB-Atenção Básica
APS-Atenção Primária à Saúde
CEP-Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS-Departamento de Informática do SUS
DCNT-Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF-Estratégia de Saúde da Família
GPS1-Gestor de Serviço de Atenção Primária em Saúde
GSS-Gestor de Serviço de Atenção Secundária em Saúde
GTS1-Gestor de Serviço de Atenção Terciária em Saúde
HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica
LEA-Lesão Encefálica Adquirida
MS-Ministério da Saúde
SUS-Sistema Único de Saúde
TCE-Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	10
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICES	29
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA SERVIÇO DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA.	29
ANEXOS	30
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	30
ANEXO B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	33
ANEXO C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	34
ANEXO D- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	36

1 INTRODUÇÃO

Associada à transição demográfica, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atualmente identificadas como condições crônicas de saúde (MENDES, 2012), foram, na primeira década do século XXI, responsáveis por cerca de 36 milhões de mortes anuais, sendo que as taxas se sobressaíam nos países de baixa e média renda (WHO, 2011). Sabe-se, também há décadas, que, no Brasil, tão grave quanto os índices de mortalidade são os de morbidades; dados nacionais revelaram que, no início deste século, 74,7% das causas de anos de vida vividos com incapacidade estavam relacionadas às condições crônicas de saúde (GADELHA, et al. 2002). A propósito, desde 2013, tem-se, disponível a recomendação do Ministério da Saúde (MS) diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária (BRASIL, 2013a).

Sabe-se que as Lesões Encefálicas Adquiridas (LEAs), conceituadas como lesões que ocorrem no encéfalo após o nascimento e não está relacionada a doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou traumas de parto, podendo causar sequelas físicas e cognitivas (PERES et al., 2011) são desencadeadas por algumas das condições crônicas de saúde acima identificadas. As LEAs podem ser transitórias ou permanentes; quando permanentes, assumimos caracterizá-las como uma condição crônica de saúde, visto que são necessários acompanhamentos longitudinais para recuperação e/ou minimização dos acometimentos neurológicos.

Uma LEA compromete o prognóstico de sobrevivência (GOULART et al., 2013; CHEN et al., 2014; SCHMIDT et al., 2014) dos usuários acometidos, assim como desencadeia, além de sequelas físicas, outros agravos como: prejuízos cognitivos, dor, distúrbio de sono, alcoolismo e/ou abuso de outras substâncias psicoativas, estressores relacionados à família e ao trabalho, desordem de stress pós-traumático, depressão e ansiedade (FLYNN, 2010; RASSOVSKY et al., 2006).

No Brasil, as principais LEAs são decorrentes de causas evitáveis, como as doenças cardiovasculares (Acidentes Vasculares Encefálicos por Hipertensão Arterial Sistêmica [HAS], por exemplo) – possíveis de serem abordadas conforme as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária (BRASIL, 2013a) e os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE). Conforme dados preliminares do DATASUS (2016), ocorreram 747.074 óbitos por causas evitáveis. Tal estatística poderia ser diminuída se se adotassem as estratégias propostas no Caderno de Atenção Básica, nº 35 (BRASIL, 2014a). Ainda de acordo com os últimos resultados

publicados no DATASUS (2015), 152.136 óbitos foram provocados por causas externas. Dessas causas, destacamos como eventos que resultam em TCE, prioritariamente, a violência (agressões), os acidentes de trânsito e as quedas, que somaram, respectivamente 58.138, 39.543 e 13.900 óbitos em 2015. O AVE tem sido considerado uma das maiores causas de morte e morbidade na população brasileira, sendo que, em 2015, foram apontados 100.520 óbitos causados por doenças cerebrovasculares (DATASUS, 2015).

Além dos números de óbitos causados por LEAs serem alarmantes, é necessário destacar que essas lesões também geram sequelas e incapacidades. Segundo um cenário projetado para 2020 por Murray e Lopez (1996) para o indicador DALY (disability adjusted life years – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), que combina informações de mortalidade e morbidade, evidencia que entre as cinco principais causas de anos de vida perdidos por morte precoce e incapacidade se encontram os acidentes de trânsito e as doenças cerebrovasculares.

Pelas características das condições crônicas de saúde e seus agravos, têm-se recomendado o exercício da atenção à saúde na perspectiva da linha de cuidado, a qual incorpora a integralidade na assistência e unificação das ações de promoção da saúde, de prevenção a agravos, curativas e de reabilitação. Uma linha de cuidado pode expressar fluxos assistenciais seguros e garantidos numa rede, a fim de atender as necessidades de saúde dos usuários (FIOCRUZ, 2011). Para isso, os três níveis de atenção à saúde (Primário, Secundário e Terciário) devem se articular, de forma organizada e regulada, compreendendo, sobretudo suas responsabilidades e competências para a formalização do cuidado integral (BRASIL, 2002a).

Uma gestão que reconheça a interdependência de atores e organizações, com vistas à complementação de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), conseqüentemente oportuniza a geração de fluxos, organiza o processo de trabalho e facilita o acesso aos usuários (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016). É um desafio do SUS e uma responsabilidade de seus gestores a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, de modo que haja mecanismos que busquem alcançar a consolidação do sistema. Assim, visa-se uma Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil identificada oficialmente como Atenção Básica [AB] (BRASIL, 2017) resolutiva, ao lado de outros processos-encaminhamentos adequados e criteriosos, protocolos assistenciais e a estruturação de complexos reguladores, os quais são considerados elementos facilitadores para um bom resultado das ações de atenção à saúde (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

No sentido acima, é indiscutível a importância de uma linha de cuidado no que tange às deficiências temporárias ou permanentes que as LEAs acarretam, reiterando-as, as dificuldades na saúde mental, psicossocial e física, bem como os custos que essas condições crônicas de saúde, preveníveis em sua grande maioria, geram ao SUS (SCHIMIDT et al., 2011). Por isso a conveniência em realizar uma investigação junto aos gestores de serviços de saúde, de modo a propiciar reflexões acerca dos modelos e instrumentos utilizados no cuidado destinado ao usuário com LEA, nos diferentes níveis de atenção.

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos gestores sobre LEA, quantos e quais os tipos atendidos nos serviços de saúde dos três níveis de Atenção Básica, Secundária e Terciária, os mecanismos de controle da demanda e os instrumentos que embasam os gestores para a prestação do cuidado na perspectiva de linha de cuidado, em um município de médio porte da região central do estado do Rio Grande do Sul.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em serviços públicos, filantrópicos e privados de um município de médio porte da região central do Rio Grande do Sul, que prestam assistência a usuários com LEA pelo SUS. A amostra foi não-probabilística, sendo inclusos todos os gestores dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde. Foram entrevistados: um gestor responsável pelos serviços Atenção Primária (Atenção Básica) e um responsável pelos serviços Atenção Terciária (Atenção Hospitalar), bem como 11 gestores responsáveis por serviços Atenção Secundária (Setores de Reabilitação Neurológica e de Urgência e Emergência), totalizando entrevistas com 13 gestores dos referidos serviços de saúde do município em estudo.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, de acordo com as particularidades de cada nível de atenção, que contaram com questões relativas aos propósitos da pesquisa (conhecimentos acerca da LEA, estatísticas, monitoramento da prestação de serviços e instrumentos utilizados para embasar os gestores na prestação de cuidados a esses usuários), combinando perguntas abertas e intercaladas de fala do entrevistado, método este que facilita a abordagem e assegura a cobertura de hipóteses e pressupostos (MINAYO, 2014).

O período de coleta foi de setembro a novembro de 2017. Os gestores participantes autorizaram previamente a realização da pesquisa por meio da Carta de Autorização Institucional e, quando aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade proponente sob o número do CAEE-72354217.0.0000.5346, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Portanto, foram observados os princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Os participantes desta pesquisa foram identificados através de codificação: Gestor de Serviço de Atenção Primária (GP1), Gestor de Serviço de Atenção Terciária (GT1), Gestor de Serviço de Atenção Secundária (GS1, GS2, GS3...).

As entrevistas foram realizadas em local apropriado, sem manifestação da opinião ou ideias do entrevistador; foram gravadas, em gravador digital, codificadas e transcritas. Por fim, os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de cunho temático, cumprindo as seguintes etapas: i) pré-análise (leitura compreensiva dos textos transcritos, identificando especificidades e visão global dos depoimentos e retomando as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa); ii) exploração do material (visando alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da elaboração de categorias de análise e agrupando trechos de depoimentos significativos); iii) tratamento dos resultados obtidos e iv) interpretação dos

dados (culminando com a definição de unidades de significado, orientadoras da discussão) (MINAYO, 2014).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 gestores responsáveis pela totalidade dos serviços de AP, AS e AT do município, que comportam cuidados relativos às pessoas com LEA, foram entrevistados 13 (dois não conseguiram responder aos questionamentos por dificuldades do cotidiano dos serviços, apesar de múltiplos encontros marcados previamente).

No que se refere à conceituação de LEA, observou-se que as respostas dos gestores de Atenção Secundária, em sua maioria, foram incompletas quando restringiram a conceituação de LEA destacando às afecções atendidas em seus serviços de gestão:

“O entendimento que eu tenho sobre... é uma pessoa que tem sua vida ativa que de uma hora para outra teve um AVC, uma isquemia, no qual impossibilitou ela de ter essa vida ativa; é uma lesão irreversível pelo conhecimento que eu tenho.” (GS4)

Constatou-se que todos os serviços de saúde atendem, prioritariamente, pessoas acometidas por AVE ou com TCE. A propósito, o prognóstico epidemiológico do AVE é bastante preocupante, tendo em vista um crescimento de 300% da população idosa nas próximas três décadas, concentrado nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2011a, BRASIL, 2013b). Projeções para o ano de 2020 indicam que as doenças cardiovasculares permanecerão como a principal causa de mortalidade e incapacidade e que os DALYs atribuíveis a elas irão se elevar para 140-160 milhões, sendo que a maior parte deste incremento ocorrerá nos países em desenvolvimento (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Quanto ao TCE, a população mais atingida possui idade entre um e 39 anos e são do sexo masculino (BRASIL, 2012b). Nos Estados Unidos, estimam-se, em torno de 500 mil novos casos de morte por ano devido ao TCE. De forma semelhante, os dados da América Latina replicam os números da América do Norte de, mais ou menos, 31% de mortes. Dos sobreviventes, pelo menos 54% irão apresentar danos neurológicos de maior ou menor gravidade (ROOZENBEEK; MAAS; MENON, 2013). No estudo de Pontes e Fedosse (2016) as afasias e os comprometimentos nos hemicorpos foram as sequelas após LEA mais frequentes. As autoras apontam que esses comprometimentos influenciam negativamente a saúde física, mental e emocional dos usuários, trazendo-lhes limitações na realização de atividades básicas do cotidiano (atividades de vida diária) e complexas (trabalho, por exemplo).

Leite et al. (2015) em seu estudo elencam as 15 principais causas específicas de DALY do Brasil, responsáveis por mais de 50% da carga de doença total entre homens

(52,8%) e mulheres (51,9%). O acidente vascular cerebral ocupou a quarta posição em ambos os sexos. O quinto lugar entre os homens foi ocupado pelo acidente de trânsito.

Em relação a dados estatísticos sobre o número de usuários com LEA acompanhados nos serviços de saúde, obteve-se que nove, dos 11 serviços de Atenção Secundária, referiram que não os possuem e, tampouco, o conhecimento da demanda reprimida para os serviços, ou seja, se tem possibilidade de atender, atende-se, não tendo, encaminha-se o usuário para uma grande lista de espera.

“Não têm estatísticas; tem registro de todos os pacientes atendidos e vai estar na ficha dele como um AVC, eu não sei te dizer agora, mas dá para ver pelo sistema, puxar ali os pacientes que tem. A gente, por mês, não tem quantos.” (GS2)

“A única maneira de registro é através da agenda, a gente não costuma ter qualquer tipo de controle sobre esse tipo de paciente, só agenda mesmo.” (GS5)

Tais fatos podem ser interpretados como falhas na gestão dos serviços de reabilitação neurológica, principalmente dos serviços privados contratados ao SUS. Matos e Pompeu, já no ano de 2003, abordaram em seu estudo a análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS e afirmou que os contratos com os prestadores de saúde assumiram ao longo do tempo diferentes formas, muitas das quais inadequadas e insuficientes, do ponto de vista da gestão dos serviços públicos. Dentre os principais problemas apontados na experiência de contratação no SUS os autores citam a variação quanto à forma e ao conteúdo dos contratos; a baixa capacitação técnica dos gestores do SUS para o planejamento do sistema; a falta de adequação da contratação às necessidades da saúde local; a incapacidade de utilização dos contratos como instrumento de regulação e de avaliação dos resultados da prestação de serviços e as dificuldades de estabelecer mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes de políticas de saúde. Matos e Pompeu (2003) ainda ressaltam que deve-se agregar aos contratos indicadores que permitam a aferição do desempenho dos serviços contratados tanto em termos quantitativos como qualitativos. Os contratos devem precisar as responsabilidades dos gestores na garantia do direito dos usuários.

Em contrapartida, o GT1 revelou que possui tais dados, realizando o controle de forma mensal e anual, atribuindo tal consolidado à sistematização possibilitada pela informatização:

“... Com a implantação da informatização, uma das preocupações foi essa, a de criar um banco de dados; um conjunto de informações (...)” (GT1)

Enquanto que o GP1 considerou que tais dados permanecem sobre o controle das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas não são consolidados no nível da gestão municipal de saúde.

“(...) A ESF tem estatísticas de dados; o Agente Comunitário tem uma escala que é para avaliar o risco da família (...). Os Agentes Comunitários sabem dizer o que cada um tem; quem está acamado, quem precisa de reabilitação, eles sabem! Mas isso ainda não está dentro de um sistema em que a gente possa ter esse dado visível, esse dado precisa ser mais visível...” (GP1).

A propósito, convém destacar que o município em questão tem gestão plena da Atenção Básica, fato que implica, segundo o modelo de municipalização plena do sistema de saúde (BRASIL, 1997), definido pelo Ministério da Saúde (MS) aumento das responsabilidades das prefeituras municipais à medida que aumenta a sua complexidade, exigindo mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação com a efetividade dos cuidados em saúde. Os municípios que optaram pela condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde se responsabilizaram pelas ações e serviços de saúde em todo o seu território (SOARES; JUNIOR, 2001).

Com vistas a isso, o MS estimula a criação e implementação de um registro informatizado, a citar, o do trauma, que deve conter dados de todas as fases do atendimento e tratamento (BRASIL, 2012c). As estatísticas/os dados sobre o número de usuários que recebem atenção em saúde nos três níveis de atenção do SUS podem ser utilizados como ferramentas importantes para o processo de gestão dos serviços – organização, controle de demandas e da qualidade dos mesmos.

Quanto ao conhecimento e à utilização de protocolos operacionais, considerados importantes instrumentos para auxílio da gestão, à medida que embasam e/ou esclareçam os gestores para criação ou prestação de serviços baseada em uma perspectiva de linha de cuidado, observou-se que apenas os gestores da Atenção Primária e Terciária têm conhecimento e fazem uso dessas orientações para garantir o cuidado integral dos usuários com LEA:

“(...) Nós trabalhamos com os protocolos do Ministério da Saúde; a nossa orientação é sempre com os protocolos do MS (...). Então, sempre nós vamos partir do que o MS fala.” (GP1)

“Existe sim esse movimento, mesmo na estrutura da instituição, da organização da assistência voltadas para a linha de cuidado e já está todo descrito na reestruturação do serviço (...)” (GT1)

Ainda em relação a esta questão, pode-se dizer que os discursos da gestão dos serviços de Atenção Secundária revelaram pouco comprometimento com essa face da atenção em saúde:

“(...) Pois é... não conheço. Nem sabia que o Ministério da Saúde tinha documentos, protocolos referentes à linha de cuidado. Realmente não conheço.” (GS7)

“Nenhum protocolo eu conheço. Mas interessante... a gente atende SUS, uma grande quantidade de gente, e a gente nunca foi procurar por nada, para nada... porque tu tem que trabalhar, tu tem que atende! Então, tu não sabe orientar quase nada... o que me ajuda aqui é que tem paciente que trabalha em posto, aí eles nos ajudam... quando o paciente pergunta eles respondem... uma falha.” (GS8)

Note-se o desconhecimento de ferramentas e tecnologias leve-duras, caracterizadas por Merhy (2002) como saberes estruturados, que poderiam embasar e subsidiar o cuidado integral às pessoas com LEA. Foi evidente a constatação de isso caracteriza falha do sistema. Os gestores de Atenção Secundária prioritariamente os serviços filantrópicos, privados que por meio de contratos prestam serviços ao SUS, parecem realizar exclusivamente a gestão financeira do estabelecimento (clínica ou consultório) do que, propriamente, uma gestão do cuidado em saúde. O senso de gestão do cuidado, muitas vezes, é subestimado pelo gestor em função da grande demanda para atendimento, visto que ele, em alguns casos, também é responsável por parcela desses. Isso pode ser interpretado como uma falha para o aprimoramento da atenção à saúde e daquele gestor que, no cotidiano, tem que desenvolver simultaneamente das ações clínicas e administrativas.

Ressalta-se que os protocolos podem ser considerados instrumentos orientadores para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. São orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política e têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas, normas e leis existentes (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

De acordo com Paes (2011) a utilização de protocolos é imprescindível para os gestores dos serviços da rede pública de saúde, tendo em vista que são capazes de conferir direcionalidade e atualidade e, ainda, uniformizam e padronizam a assistência adequando as ações cotidianas, sejam elas de caráter clínico ou de estruturação do cuidado. Portanto, os serviços filantrópicos ou particulares contratados pelo SUS, também precisam conhecer e aplicar tais instrumentos. Sabe-se da existência de diversos documentos, protocolos e

portarias que podem embasar gestores com vistas a garantir a integralidade do cuidado ao usuário com LEA, a citar:

- Lei nº 13.146 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), promulgada em 06 de julho de 2015 pelo Congresso Nacional, que considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (BRASIL, 2015a);
- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pela Portaria nº 1.060/GM/MS, de 05/06/2002, que diz respeito aos usuários com patologias congênitas ou adquiridas, garantindo o acesso aos cuidados de saúde – assistência e reabilitação (BRASIL, 2002);
- Portaria nº 816/MS, de 31 de maio de 2005, que institui Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, que prevê a necessidade de estabelecer processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos e assistenciais e tecnologias em saúde, tendo por base as evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para saúde dos usuários, seu custo-efetividade e impacto na organização dos serviços e na saúde da população (BRASIL, 2005);
- Portaria nº 1.161/GM/MS, de 07 de julho de 2005, que Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Considera a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas das doenças neurológicas, com vistas a minimizar o dano da doença, melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em neurologia e a neurocirurgia (BRASIL, 2005);
- Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010), reafirmada pelo decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011(BRASIL, 2011b);

- Portaria nº 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2011c);
- Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2012d);
- Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS. Esta rede deve ser organizada de forma integrada, articulada e efetivada nos diferentes pontos de atenção (Atenção Básica/Primária; Atenção Secundária/Especializada em Reabilitação [auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências] e Atenção Terciária/Hospitalar e de Urgência e Emergência) (BRASIL, 2012e).
- Portaria nº 1.365/GM/MS, de 08 de julho de 2013, que aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que possui como diretriz estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado (BRASIL, 2013c);
- Portaria nº 1.366/GM/MS, de 08 de julho de 2013, que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013d);
- Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014 redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014c)
- Portaria nº 800/MS, de 17 de junho de 2015, que altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2015).

Ainda, no âmbito da reabilitação, em 2013, foram instituídas as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Crânio Encefálico (BRASIL, 2013e) e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (BRASIL, 2013f), que objetivam oferecer orientações às equipes interdisciplinares para o cuidado e reabilitação da pessoa com TCE e AVE ao longo de sua vida, nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde. A propósito, quando questionados acerca dos protocolos para avaliação do quadro clínico dos usuários, os gestores dos serviços de Atenção Primária, Secundária e Terciária, relatam que a avaliação é realizada por meio de fichas ou protocolos específicos, referentes a cada núcleo profissional e nível de atenção em saúde, o que demonstra haver conhecimento técnico científico para a avaliação, o manejo e o tratamento das pessoas com LEA, demonstrando a tendência do cuidado uniprofissional e exclusivamente no âmbito dos serviços.

“Nós temos uma ficha de avaliação direcionada... Nós temos uma ficha de avaliação para todos os tipos de paciente: adulto, criança, mulher, idoso... depende do que nós estamos atendendo. Mas aí, basicamente, nós temos uma ficha voltada para a avaliação neurofuncional daquele paciente; é baseado nisso que a gente, por exemplo, faz um relatório, faz um encaminhamento mais completo... quando a gente consegue, raramente acontece essa comunicação com outros profissionais que a gente encaminha (...)” (GS7)

“Tem as avaliações gerais... e daí a gente direciona para a necessidade, com anamnese... e tem avaliações específicas, mas não específicas para LEA, mas que se encaixam (...)” (GS10)

Em relação aos protocolos de encaminhamentos para os demais serviços da rede, apenas três gestores da Atenção Secundária referiram haver protocolos internos; disseram encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde, que por meio de seu sistema de regulação, direciona o usuário para os serviços disponíveis na rede. Este mesmo procedimento foi citado pelo GP1. Apenas dois gestores dos serviços de reabilitação relataram realizar encaminhamentos dos usuários com LEA para outros segmentos da rede, baseados em um protocolo. Um destes serviços de Atenção Secundária referiu que isso ocorre, na maioria dos casos, quando a pessoa reside em outro município ou em bairro distante do serviço.

“Nós temos a regulação que fica na Secretaria de Saúde, na qual a gente sabe como faz, encaminha para a unidade, a unidade solicita um neuro e aí tem acompanhamento com o médico.” (GS2)

“Sim, existe este serviço de referência e contrareferência também; mas, muitas vezes, o paciente realiza um tempo de reabilitação conosco, até por

ter essa dificuldade com o transporte, com o comparecimento no local para atendimento, ele sendo muitas vezes de fora, não só daqui da cidade, ele necessita realizar em outro local. Nós encaminhamos o paciente, fizemos o contato com o profissional. Eu prezo muito por isso aqui e de tentar entrar em contato, falar com o profissional que vai atender esse paciente, para poder passar as informações... passar o caso do paciente, para que ele tente realizar, dar continuidade a este trabalho. É claro que a grande maioria dos serviços não tem uma especialidade dentro, que trabalhe diretamente...” (GS1)

Sabe-se da importância da regulação à medida que estabelece protocolos e fluxos dos usuários, nos diferentes níveis de atenção à saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). A regulação ordena o acesso às ações e aos serviços de saúde, com destaque à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. A regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, o que deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (BRASIL, 2016).

Além de uma atenção básica resolutiva, os processos terapêuticos/reabilitadores, ofertados pela média complexidade, são essenciais para melhoria das condições de sobrevivência das pessoas com lesões neurológicas. O estudo de Pontes e Fedosse (2016) entrevistou 48 sujeitos com LEA e constatou que o modelo de atenção em reabilitação, oferecido pela região do estudo, apresentou algumas lacunas devido aos serviços terem configuração fragmentada, com pouca ou nenhuma articulação entre os profissionais, o que, segundo os autores, pode comprometer a recuperação física, linguístico-cognitiva, laboral e social dos sujeitos.

Os processos de reabilitação articulados são imprescindíveis para retomada das suas condições de autonomia e independência nas atividades de vida diária, atividades de lazer e atividades de trabalho dos indivíduos com sequelas provenientes de LEA. É compreendida a importância das equipes multiprofissionais para a garantia do processo de reabilitação, contudo acredita-se haver barreiras como falta de autonomia dos profissionais e também de responsabilização coletiva para a efetivação e ampliação das mesmas (PEDUZZI et al, 2013).

No caso dos serviços de urgência e emergência, evidenciou-se que um deles é contratualizado (via estado) com os serviços de Atenção Terciária. O processo de contratualização tem como objetivos a definição e a pactuação de serviços de saúde, de ensino e pesquisa entre o gestor local de saúde e as unidades hospitalares, deixando claros a alocação e o repasse de recursos financeiros, mediante cumprimento de metas quali-quantitativas,

visando à melhoria do processo de gestão e atenção hospitalar e favorecendo o controle social e a transparência (BRASIL, 2013f).

Por sua vez o GT1 refere haver, nas diferentes unidades de internação, protocolos de encaminhamentos para os demais serviços da rede. Ressalta-se que na perspectiva desta gestora é necessário ainda sensibilizar os profissionais ao uso dos protocolos, formaliza-los e inseri-los na rotina.

Nesse contexto são princípios básicos da Política Nacional de Humanização: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; a corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente; contágio por atitudes e ações que fortalecem as redes do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2007).

No conjunto dos serviços de Atenção Secundária, verificou-se a existência de quatro vinculados a instituições de ensino superior, de modo que estes, apesar de não formalizados, integram a rede de cuidado voltada ao usuário com LEA. Os gestores desses serviços realizam os encaminhamentos para os demais segmentos da rede com intuito de pesquisa, extensão e/ou por afinidades profissionais. A mesma situação se repete quando observados os relatos dos serviços privados que possuem contrato estabelecido com o Sistema Único de Saúde.

“Não existe protocolo. É informal. Como eu estava te falando... como é muito interno entre os professores do curso ou professores de outros cursos da instituição, existe um documento que a gente faz um encaminhamento, descreve ali basicamente o que paciente tem, em nível de cada um, com sua especialidade e basicamente faz esse encaminhamento, liga... É muito informal... não tem um protocolo, não tem nada definido nesse sentido. É mais na amizade.” (GS7)

Esse relato explicita a fragilidade da interação ensino-serviço, o que resulta na falta de comunicação com os demais elementos da rede que presta assistência ao usuário com LEA, o que ocorre, muitas vezes, por desconhecimento dos serviços disponíveis pelo SUS ou

desresponsabilização com o usuário, gerando a fragmentação do cuidado e dificultando o itinerário terapêutico do indivíduo no que se refere à busca pela reabilitação das sequelas neurológicas. O desafio de cuidar (e não apenas atender) e de gerir serviços que integram a rede SUS está implicado, necessariamente, no conhecimento da mesma, bem como na articulação de pontos, não importando em que momento da trajetória o usuário se encontre (OLIVEIRA; GRABOIS; JÚNIOR, 2009).

Sabe-se que a oferta do cuidado com qualidade é resultante da combinação da intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades dos usuários com a capacidade de identificar recursos e combiná-los de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos, de forma a manter o seguimento horizontalizado do cuidado entre os diferentes pontos (OLIVEIRA; GRABOIS; JÚNIOR, 2009), evitando o que atualmente parece ser o retrato da rede municipal de atenção às pessoas com LEA: percurso desorientado e individual em busca do cuidado, podendo ocorrer peregrinações malsucedidas pelos diferentes serviços de saúde.

4 CONCLUSÃO

Por meio dos resultados deste estudo, foi possível compreender o conhecimento dos gestores sobre o cuidado voltado aos usuários com LEA, nos três níveis de atenção do SUS, assim como o engajamento deles na operacionalização de uma linha de cuidado. Houve tendência em definir LEA segundo os tipos de lesões atendidas nos serviços e, tal como se observa nos estudos sobre o assunto, os AVEs e os TCEs foram os mais citados. Quanto aos dados numéricos, constataram-se fragilidades referentes aos casos e aos atendimentos prestados, exceto no serviço de Atenção Terciária– o único informatizado.

Ficaram evidenciadas as deficiências na gestão dos serviços, principalmente, nos de Atenção Secundária, o que pode explicar as principais dificuldades do acesso ao cuidado pelo usuário com LEA, neste nível de atenção à saúde. Os serviços filantrópicos e/ou privados, que prestam atendimento pelo SUS, demonstraram um funcionamento isolado, ou seja, funcionam como serviços autônomos, revelando uma concepção restrita de saúde, clínico-centrada, sendo que o cuidado produzido pela especificidade de um ou outro núcleo profissional. Uma gestão partilhada e articulada se faz necessária, desfazendo-se da premissa de transferência de responsabilidades para instâncias maiores, visando comunicação entre os níveis de assistência e planejamento de forma qualificada, com a utilização das portarias, diretrizes e protocolos disponibilizados para apoiar os gestores na prestação de serviços segundo a perspectiva de linha de cuidado.

Os dados deste estudo evidenciaram, portanto, a falta de uma rede de assistência ao usuário com LEA e a indefinição de uma linha de cuidado voltada a esse usuário. Torna-se necessário a criação e implantação de um fluxo ordenado, na rede de saúde, direcionada ao usuário com LEA, a fim de tornar a atenção em saúde mais resolutiva. Ressalta-se que a análise da prestação do cuidado, pelos próprios gestores, sinalizou as limitações organizacionais e operacionais do atendimento prestado aos usuários com LEA.

Destaca-se como fator limitante desta pesquisa a impossibilidade de entrevistar dois gestores de serviços de Atenção Secundária devido ao fato de os gestores não conseguirem responder aos questionamentos nos encontros marcados previamente, mesmo fora do período de coleta de dados, de modo que os serviços ficaram fora da pesquisa. Ainda que esta pesquisa retrate uma organização local, acredita-se que os resultados possam ser compatíveis a outras realidades, podendo, também, o estudo ser replicado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI, J. L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. 267p

BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS 1996: Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 06 de Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Dispõem sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 02 de Fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS . 4ª ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 20 de fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v.3). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizausus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 24 de fev 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 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. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 02 de fev. 2018.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 01 de jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção as emergências e emergências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf>. Acesso em: 16 de Nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Seção 1, p. 59-62. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Consulta pública nº 17, de 29 de agosto de 2012. Aprova a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e As Diretrizes Clínicas Assistenciais para Tratamento de Emergência no Atendimento Inicial à Vítima de Trauma a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/AdrianoPires/linha-de-ao-trauma-na-rede-de-ateno-s-urgncias-e>>. Acesso em: 03 de Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 665 de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. <Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html>. Acesso em: 08 de Mai. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2012e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 16 de jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rotinas para Atenção ao AVC**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 50 p. 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 05 de Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1365, de 08 de Julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html> Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n °1366, de 08 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013c. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.html>. Acesso em: 12 out.2014.

_____.Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico**. 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf> Acesso em: 03 de fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 28 p. 2013e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf> Acesso em: 23 de Fev. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Encefálico**. 2013f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 03 de fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%B0-3410-Diretrizes-para-contratualiza%C3%A7ao-SUS-de-acordo-com-PNHOSP.pdf>> . Acesso em: 19 Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 35**. Brasília: Ministério da Saúde, 162 p, 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>. Acesso em: 24 de Fev. 2018.

_____. Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014, redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 23 de Fev. de 2018.

_____. Lei Federal nº 13.146, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em: 25 de Abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 800, de 17 de Junho de 2015. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665 de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html>. Acesso em: 23 de Mar. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**; Edição revisada. v. 6. 24 p. 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ms_urologia_janeiro_2016.pdf> . Acesso em: 03 de fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 2017. Disponível em: < <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 02 de Fev. 2018.

BARBOSA, D. V. S; BARBOSA, N. B., NAJBERT, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 1, p. 49-54, jan./mar., 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100049&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de Jan. 2018.

CHEN, H. F. et al. Improving the one-year mortality of stroke patients: an 18-year observation in a teaching hospital. **The Tohoku journal of experimental medicine**, v. 232, n. 1, p. 47-54, 2014.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, 2015. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 15 de Jan. 2018.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, 2016. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 26 de Jan. 2018.

FIOCRUZ. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_51893713.pdf >. Acesso em: 02 de Jan. 2018.

FLYNN, F. G. Memory impairment after mild traumatic brain injury. **Continuum: Lifelong Learn. Neurol.**, v. 16, n. 6, Traumatic Brain Injury, p. 79-109, 2010. Disponível em: <https://journals.lww.com/continuum/Abstract/2010/12000/MEMORY_IMPAIRMENT_AFTER_MILD_TRAUMATIC_BRAIN.10.aspx>. Acesso em: 09 de Fev. 2018.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: **HUCITEC**, 2004.

GADELHA, A.M. J et al. 2002. Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998. **ENSP/Fiocruz-FENSPTEC**, Rio de Janeiro.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>>. Acesso em: 03 de Jan. 2018.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. Gestão pública em saúde: a Importância do planejamento na gestão do SUS. Universidade Federal do Maranhão. **UNA-SUS/UFMA**. São Luís, 2016. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3182>>. Acesso em: 05 de Jan. 2018.

GOULART, A.C. et al. Predictors of long-term survival among first-ever ischemic and hemorrhagic stroke in a Brazilian stroke cohort. **BMC Neurol.**; .v. 24, n. 13, p. 51, 2013.

LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad. de Saúde Pública**, v. 31, p. 1551-1564, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1551.pdf>>. Acesso em: 05 de Jan. 2018.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v.14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de Jan. 2018.

MALTA, D. C. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 19, n. 1, p. 4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00004.pdf>>. Acesso em: 02 de fev. 2017.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p. 629-643, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63042996023.pdf>>. Acesso em: 03 de Jan. 2018.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 03 de Jan. 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC; 2002. p.189.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 207 p.

MURRAY, C. J, LOPEZ, A. D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. **Cambridge: Harvard University Press**; 1996. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf> . Acesso em: 09 de Fev. 2018.

OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro, RJ: **EAD/ENSP**, 2009. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/cam-6643>>. Acesso em: 03 de fev. 2018.

PAES, R. A. S. Protocolos Assistenciais da Atenção Primária à Saúde. **Câmara Técnica de Atenção Básica**. COREN/MG 2006 – 2011. Disponível em: <<https://www.sig.corenmg.gov.br>>. Acesso em: 23 de Jan. 2018.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>>. Acesso em 29 de jan. 2018.

PERES, A. C. D. et al. Alterações clínicas dos pacientes com lesão encefálica adquirida que interferem no tratamento odontológico. **Acta fisiátrica**, v. 18, n. 3, p. 119-123, 2011. Disponível em: < http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=59>. Acesso: 23 de Jan. 2018.

PONTE, A. S.; FEDOSSE, E. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3171-3182, 2016. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n10/3171-3182/pt/>>. Acesso em: 29 de Jan. 2018.

RASSOVSKY, Y. et al. Functional outcome in TBI I: neuropsychological, emotional, and behavioral mediators. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, Lisse, Holanda, v. 28, n. 4, p. 567-580, 2006. Rio de Janeiro: Ensp, 2011. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13803390500434466>> . Acesso em: 11 de Fev. 2018.

ROOZENBEEK, B.; MAAS, A. I. R.; MENON, D. K. Changing patterns in the epidemiology of traumatic brain injury. **Nature Reviews Neurology**, v. 9, n. 4, p. 231-236, 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1038/nrneurol>>. Acesso em: 02 de Fev. 2018.

SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: carga e desafios atuais. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-61, 2011. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41pdf>> Acesso em: 07 de Fev. 2018.

SCHMIDT, M. et al. Eighteen-year trends in stroke mortality and the prognostic influence of comorbidity. **Neurology**. v. 82, n. 4, p. 340-50, 2014. Disponível em: < <http://n.neurology.org/content/82/4/340.short>>. Acesso em: 09 de Fev. 2018.

SCHRAMM, J.M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**.; v. 9, n.4, p.897-908, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>>. Acesso em: 05 de Jan. 2018.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; DOS SANTOS FIGUEIREDO, W. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**., v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0843.pdf>>. Acesso em: 7 de Jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases. **Geneva: World Health Organization**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf >. Acesso em: 18 de Abr. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA SERVIÇO DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA.

ENTREVISTA

Idade:

Horário de início:

Sexo:

Horário de Término:

Tempo de atuação na Gestão:

Data:

ROTEIRO:

LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA:

1. O que você entende por lesão Encefálica Adquirida?
2. Quais os tipos de Lesão Encefálica Adquirida atendidos por este serviço?
3. Há estatísticas/dados do número de usuários com Lesão Encefálica Adquirida que recebem atenção em saúde desse nível de complexidade?

PROTOCOLO:

4. Que tipos de protocolos que você conhece que podem apoiar, embasar e esclarecer os gestores do SUS na criação de uma linha de cuidado?
5. Existem protocolos internos de encaminhamento para os serviços de referência de atendimento a usuários com Lesão Encefálica Adquirida?
6. Existe algum protocolo para avaliação do quadro do usuário com possível Lesão Encefálica Adquirida? Como é definido os encaminhamentos para o demais segmentos da rede de atendimento no SUS?

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA EM SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Elenir Fedosse

Pesquisadores: Prof^a Dr^a Elenir Fedosse, Lidiane de Fátima Ilha Nichele e Raquel Aparecida Celso

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós Graduação – Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - Projeto de Pesquisa para o Trabalho de Conclusão do Programa de Residência (TCP).

Telefone e endereço postal completo: (55) 3213-1536. Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, 3 ° andar, sala da Comissão da Residência Multiprofissional e em área Profissional da Saúde (COREMU), nº 1356, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: _____

Eu, Elenir Fedosse, responsável pela pesquisa “Estruturação da Linha de Cuidado ao Usuário com Lesão Encefálica Adquirida em Santa Maria, Rio Grande Do Sul”, o (a) convido para participar como voluntário de nosso estudo.

Esta pesquisa pretende investigar a estruturação do cuidado prestado ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida (LEA), no município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Acreditamos que ela seja importante devido aos usuários com LEA demandarem cuidados que integram os três níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo imprescindível, assim, a identificação dos caminhos, do fluxo e dos serviços que constituem a rede de atendimento ao usuário com LEA em Santa Maria, visando, com isso, verificar a existência e/ou efetividade de uma Linha de Cuidado ao usuário com LEA. Buscar-se-á, a partir da análise dos dados obtidos, pontuar melhorias na qualidade da atenção prestada, na perspectiva de construções de redes e da integralidade do cuidado.

Este estudo possibilitará a reflexão e avaliação dos atuais modelos de organização do Sistema Público de Saúde, sinalizando para questões operacionais que venham a influenciar o nível de qualidade do atendimento prestado aos usuários com LEA.

Como instrumento para a coleta de dados, será utilizada uma entrevista semiestruturada, composta por questões referentes aos objetivos desta pesquisa, que se aplicam ao serviço que você atua como gestor. A entrevista será gravada após sua autorização. Os dados ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras, por um período de 5 anos e, após, serão destruídos.

A participação nesta pesquisa representará riscos mínimos aos participantes, podendo estes serem caracterizados por desconforto emocional e cansaço. Frente a tais manifestações os pesquisadores buscarão minimizar o desconforto modificando a ordem da entrevista e sugerindo períodos de pausa. O participante poderá desistir desta pesquisa a qualquer momento e sem qualquer prejuízo. Os benefícios que esperamos com o estudo são os de fortalecer a rede de cuidado ao usuário com LEA e de propor, a partir da análise dos dados, um modelo de Linha de Cuidado. Além disso, espera-se compartilhar os resultados dessa pesquisa com a comunidade acadêmica através da apresentação da pesquisa em eventos científicos ou publicação em revistas da área da saúde, nacionais e internacionais, com a garantia do sigilo e anonimato da sua identificação. Além disso, os benefícios deste estudo estão implicados diretamente na produção de conhecimento acerca do tema, com intuito de expansão deste conhecimento aos usuários, familiares e/ou cuidadores e a equipes de saúde.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o

pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi entregue a mim.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, ____ de _____ de 2017

ANEXO B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu _____, abaixo assinado, responsável pelo (a) _____, autorizo a realização do estudo “Estruturação da Linha de Cuidado ao Usuário com Lesão Encefálica Adquirida em Santa Maria, Rio Grande Do Sul”, a ser conduzido pelas pesquisadoras Lidiane de Fátima Ilha Nichele, Raquel Aparecida Celso e Prof^a Dr^a Elenir Fedosse.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. A instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar e na responsabilidade com o processo de promoção da saúde dos sujeitos alvos da pesquisa

ANEXO C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Estruturação da Linha de Cuidado ao Usuário com Lesão Encefálica Adquirida em Santa Maria, Rio Grande Do Sul

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a. Elenir Fedosse

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-Graduação – Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

Telefone para contato: (55) 3213-1536

Locais da coleta de dados: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento (PA) Patronato, Hospital Casa de Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Superintendência de Atenção Básica, Secretaria de Município de Desenvolvimento Social, Serviços de reabilitação destinados a usuários com LEA.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, composta por um roteiro com questões relativas aos objetivos da pesquisa. As entrevistas serão realizadas em local apropriado, determinado mediante contato prévio com os gestores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), do Pronto Atendimento (PA) Patronato, do Hospital Casa de Saúde, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), da Atenção Básica, da Secretaria de Município de Desenvolvimento Social e dos Serviços de reabilitação destinados a usuários com LEA. As entrevistas serão gravadas em gravador digital com o consentimento prévio dos entrevistados, não havendo manifestação da opinião ou ideias do entrevistador. Também, as entrevistas serão identificadas por meio de codificação e, em seguida, transcritas a fim de garantir o anonimato do participante. Por fim será realizada a análise dos conteúdos. As entrevistas terão duração de, aproximadamente, uma hora e acontecerão no local e data escolhidos pelos gestores dos serviços de saúde. O período para a coleta dos dados ocorrerá nos meses de junho a julho de 2017.

Ressalto, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas

de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala da Comissão da Residência Multiprofissional e em área Profissional da Saúde (COREMU), nº 1356, CEP 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profª Drª Elenir Fedosse. Após este período os dados serão destruídos.

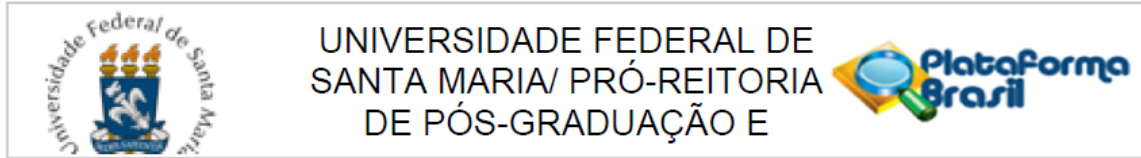
Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 2017.

..... Elenir Fedosse

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO D- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA EM SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Elenir Fedosse

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 72354217.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.237.659

Apresentação do Projeto:

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) ocorre no encéfalo após o nascimento e não está relacionada a doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou traumas de parto. Podem gerar sequelas sensoriais, cognitivas e motoras, bem como déficits de comunicação (afasias). A maior causa da LEA são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), seguido dos Traumatismos Cranioencefálicos (TCE). Tendo isso em vista observa-se a necessidade do cuidado integral e contínuo aos pacientes com LEA, que vise à diminuição das limitações. Uma linha de cuidado para pacientes com LEA é uma possibilidade de integrar, articular e efetivar uma rede de cuidado nos diferentes pontos de atenção. A implementação de uma LC para usuários com LEA justifica-se pela magnitude dessas sequelas decorrentes de doenças crônicas preveníveis, pela sua crescente morbimortalidade, pelos custos que agregam e por gerarem eventos contínuos/crônicos, podendo ser um elemento de análise de situações de fragmentação do Sistema Público de Saúde. Assim, o objetivo desta pesquisa é investigar a estruturação do cuidado ao usuário com lesão encefálica adquirida no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa exploratória e analítica-descritiva, com abordagem quali-quantitativa. Será realizada em serviços públicos da cidade de Santa Maria, que prestam assistência aos usuários com lesões encefálicas adquiridas. Como instrumentos de coleta de dados será utilizada a entrevista semiestruturada. Os dados

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

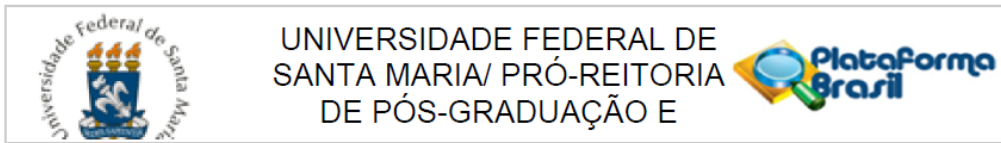
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.237.659

coletados serão analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de cunho temático. Este estudo possibilitará a reflexão e reavaliação dos atuais modelos de organização do sistema público de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: investigar a estruturação do cuidado em saúde ao usuário com lesão encefálica adquirida no município de Santa Maria no Rio Grande do Sul.

ESPECÍFICOS:

- Investigar o fluxo estabelecido para os usuários com LEA no município de Santa Maria;
- Identificar a concepção dos gestores dos serviços públicos e/ou filantrópicos de saúde do município de Santa Maria sobre a atual prestação de cuidado aos usuários com LEA e o ponto de vista dos mesmos sobre as possibilidades de aprimoramento da rede pública de atendimento aos referidos usuários;
- Apresentar e discutir junto aos gestores do Sistema Público de Saúde e/ou filantrópicos de Santa Maria um modelo de LC aos usuários com lesão encefálica adquirida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

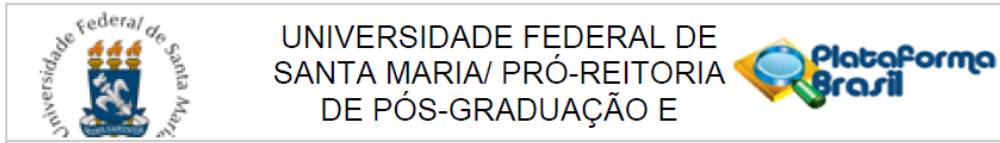
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.237.659

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_962863.pdf	23/08/2017 10:22:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto2.pdf	23/08/2017 10:20:24	Elenir Fedosse	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopdfs.pdf	17/08/2017 13:00:31	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_concentimento_livree_esclarecido.pdf	28/07/2017 08:25:26	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	21/07/2017 15:19:33	Elenir Fedosse	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/07/2017 15:08:00	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.jpg	21/07/2017 15:06:51	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.jpg	21/07/2017 15:06:18	Elenir Fedosse	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/07/2017 15:01:26	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucionalc.jpg	21/07/2017 14:38:19	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_y.jpg	21/07/2017 14:37:48	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_x.jpg	21/07/2017 14:37:24	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_j.jpg	21/07/2017 14:37:05	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de	autorizacao_institucional_h.jpg	21/07/2017	Elenir Fedosse	Aceito

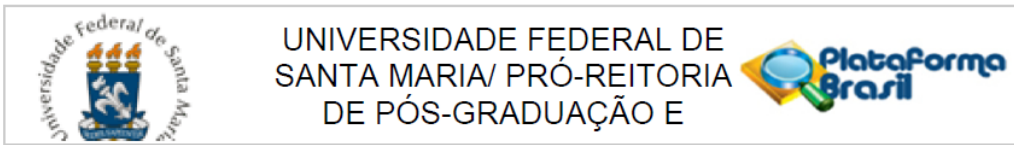
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.237.659

Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_h.jpg	14:36:15	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_g.jpg	21/07/2017 14:35:45	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_f.jpg	21/07/2017 14:35:24	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_e.jpg	21/07/2017 14:35:02	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_d.jpg	21/07/2017 14:34:44	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_c.jpg	21/07/2017 14:34:00	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_b.jpg	21/07/2017 14:33:34	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_a.jpg	21/07/2017 14:33:12	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional.jpg	21/07/2017 14:32:50	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacao_gep.pdf	21/07/2017 14:29:56	Elenir Fedosse	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 24 de Agosto de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com