

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

Lidiane de Fátima Ilha Nichele

**LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM LESÃO ENCEFÁLICA
ADQUIRIDA: A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Lidiane de Fátima Ilha Nichele

**LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA:
A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA REDE 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. (4^oCRS-RS)

Santa Maria, RS
2018

LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

CARE LINE TO THE PERSON WITH THE ACQUIRED ENCEPHALIC INJURY:
THE PERCEPTION OF THE MANAGERS OF THE HEALTH CARE NETWORK

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

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a rede e a assistência ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida, na perspectiva da Linha de Cuidado, sob o ponto de vista de gestores de serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória e analítico-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 13 gestores dos serviços que integram a rede de saúde de Santa Maria, um município de médio porte da região central do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada, com questões relativas ao Itinerário Terapêutico, à Linha de Cuidado, ao Fluxo Assistencial Local e o Ideal, as pactuações de fluxos e as dificuldades de acesso ao cuidado pelo usuário com Lesão Encefálica Adquirida. Analisaram-se os dados pela técnica de análise de conteúdo de cunho temático. Os achados deste estudo foram: o desconhecimento dos gestores sobre conceitos de saúde pública, a falta de percepção da rede de assistência, não havendo pactuação de fluxos para garantia do cuidado integral às pessoas com Lesão Encefálica Adquirida. Foram identificados ainda o desconhecimento do que é garantido a estes usuários e uma grande falha nos serviços de atenção secundária, sendo apontadas diversas dificuldades de acesso a reabilitação. Conclui-se que a rede do município encontra-se desarticulada e com diversas fragilidades, tornando-se conveniente a criação e a implantação de um fluxo ordenado ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida.

Palavras-chave: Lesões Encefálicas, Serviços de Saúde, Integralidade em Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the network and assistance the user with Acquired Brain Injury, in the perspective of the care line, from the point of view of health service managers. This is an exploratory and analytical-descriptive research, with a qualitative approach, carried out with 13 service managers that integrate the health network of a medium-sized municipality of the central region of the state of Rio Grande do Sul. Data collection was done through a semi-structured interview, with issues relating to the Therapeutic Itinerary, the Care Line, the Local Assistance Flow and the Ideal, the agreements of flows and to the difficulties in access to care, as regards the user with Acquired Brain Injury. Data were analyzed by thematic content analysis technique. Based on the findings, the managers not know the concepts of public health, lack of perception of the care network and there was no flow agreement to guarantee full care to individuals with Acquired Brain Injury. It is also noted the lack of knowledge of what is guaranteed to these users and a great failure in the medium complexity, being pointed several difficulties of access to rehabilitation services. It is concluded that the municipality network is disjointed and with several weaknesses, making it necessary to create and implement an orderly flow to the user with Acquired Brain Injury.

Keywords: Brain Injuries, Health Services, Integrality in Health, Unified Health System

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

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

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

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Percepção dos gestores dos serviços de atenção primária, secundária e terciária acerca dos componentes fundamentais para a implantação de uma Linha de Cuidado.....	16
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Dificuldades encontradas pelos usuários com LEA na busca pelo cuidado integral, na percepção dos gestores dos serviços de atenção secundária.....	25
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LEA -Lesão Encefálica Adquirida
AVE- Acidente Vascular Encefálico
TCE-Traumatismo Cranioencefálico
RAS- Redes de Atenção à Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
MS- Ministério da Saúde
LC-Linha de Cuidado
IT- Itinerário Terapêutico
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
GAP- Gestor de Serviço de Atenção Primária
GAS- Gestor de Serviço de Atenção Secundária
GAT- Gestor de Serviço de Atenção Terciária
AP- Atenção Primária
AS- Atenção Secundária
AT- Atenção Terciária
ESF- Estratégia Saúde da Família
NASF- Núcleo de Atenção à Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES.....	32
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA SERVIÇO DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA.....	32
ANEXOS	34
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	34
ANEXO B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	37
ANEXO C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	38
ANEXO D- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	40

1 INTRODUÇÃO

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é aquela que ocorre no encéfalo após o nascimento e não está relacionada a doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou traumas de parto (PERES et al, 2011). Podem gerar sequelas sensoriais (paresias, hemiparesias, triparesia e monoparesia), cognitivas (afasias [alterações da linguagem], apraxias [distúrbios gestuais], agnosias [distúrbios perceptivos], entre outras) e motoras (quadriplegias, hemiplegias, triplegias e monoplegias). As principais causas das LEAs são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e os Traumatismos Cranioencefálicos (TCE) (FERNANDES et al., 2007).

As pessoas com LEA possuem demandas decorrentes de deficiências temporárias ou permanentes, sendo que as últimas podem ser progressivas, regressivas ou estáveis. Essas deficiências geram consequências que repercutem em perda ou redução da funcionalidade, déficits na autonomia e na interação social, além de gerarem impactos econômicos negativos para os sujeitos, suas famílias e a sociedade em geral (MALTA, 2014; ABAQUIM; LIMA; CIASCA, 2012). Tendo isso em vista, um cuidado integral e contínuo às pessoas LEA é imprescindível, de modo a favorecer transformações que repercutam positivamente no cotidiano delas (PONTES; FEDOSSE, 2016).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ressalta a importância da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de constituir malhas que interconectem e integrem os estabelecimentos e serviços de saúde de em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis de atenção e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário (BRASIL, 2011a).

Destaca-se, ainda, que o cuidado integral aos usuários com LEA está previsto na Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, reafirmando a organização 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, 2012a). Também, foram criadas as recomendações 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 prioritárias que pode ser utilizada como ferramenta de apoio para o gestor, contribuindo assim para a construção, a organização e o fortalecimento das RAS, fomentando a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com condições e doenças crônicas. (BRASIL, 2013a)

No âmbito da Atenção Secundária/Especializada em Reabilitação, ainda em 2013, foram instituídas as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (BRASIL, 2013b) e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico (BRASIL, 2013c), que oferecem orientações às equipes interdisciplinares para o cuidado da pessoa com AVC (um dos acometimentos encefálicos) e com TCE, ao longo da vida e nos diferentes pontos de atenção da RAS.

Frente ao exposto, a organização do cuidado deve ser pensada em Linha de Cuidado (LC). Uma LC deve ser pautada na produção de um pacto na rede assistencial, integrando todos os recursos disponíveis por meio de fluxos capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Ela é, pois, produto desse pacto, realizado entre todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais (MERHY et al, 2004). Nesse contexto, a gestão do cuidado deve ter foco tanto nos pactos estabelecidos na rede assistencial como na trajetória do usuário na busca por cuidado, aqui entendida, como Itinerário Terapêutico (IT) (GERHARDT, 2006).

A efetivação da LC depende da determinação e apoio dos gestores, sejam públicos ou privados, na garantia do caminhar pela LC, equacionando os micro e macroprocessos. Os gestores são responsáveis pelos usuários, desde a sua entrada no sistema de saúde, garantindo o acesso aos serviços, os recursos necessários e a qualificação das respostas às necessidades em saúde, controlando, assim, serviços e recursos assistenciais (MERHY et al, 2004). Desse modo, é reconhecida a interdependência dos profissionais de saúde e serviços, com vistas à complementação de recursos e competências dentre os diferentes níveis de complexidade do SUS (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Pelo exposto, o desafio que se impõe é a garantia do acesso universal ao cuidado em saúde e da integralidade da atenção para os usuários com LEA, por meio da articulação dos serviços nos diferentes serviços e níveis de atenção. Assim, este estudo poderá possibilitar a reflexão e (re)avaliação do atual modelo de organização do Sistema Público de Saúde local (município da região central do Rio Grande do Sul - RS), podendo sinalizar questões operacionais que influenciam o atendimento prestado aos usuários

com LEA, bem como colaborar para o aprimoramento desse cuidado. Nesse contexto, questiona-se: existe uma LC para os usuários com LEA na rede pública do município pesquisado? Como ocorre esta estruturação? Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar a rede e a assistência ao usuário com LEA na perspectiva da LC, sob o ponto de vista dos gestores dos serviços que integram a RAS desse município.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em serviços públicos, filantrópicos e privados que prestam assistência a usuários com LEA, pelo SUS, em Santa Maria, município de médio porte da região central do Rio Grande do Sul. A amostra foi não-probabilística, sendo inclusos todos os gestores dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde, dentro dos diferentes níveis de atenção.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas que contaram com questões relativas aos propósitos da pesquisa:

- i) Conceituações acerca de IT e LC
- ii) Fluxo assistencial garantido no município
- iii) Fluxo ideal aos indivíduos com LEA
- iv) Pactuações de fluxos entre serviços
- v) Componentes de uma LC
- vi) Atribuições em uma LC
- vii) Encaminhamentos para serviços de reabilitação
- viii) Dificuldades do usuário no acesso ao cuidado

Foram combinadas 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, 2012b). Os participantes desta pesquisa foram identificados através de codificação: Gestor de Serviço de Atenção Primária à Saúde (GAP1), Gestor de Serviço de Atenção Terciária à Saúde (GAT1), Gestor de Serviço de Atenção secundária à Saúde (GAS1, GAS2, GAS3...).

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

As informações obtidas neste estudo, extraídas da ótica dos gestores dos diferentes níveis de atenção, desvelaram importantes questões e desafios acerca da rede de assistência à saúde de pessoas com LEA e dos seus percursos terapêuticos, quando adotada a perspectiva da LC. Neste sentido, apresentam-se, de um modo interligado, dados referentes aos temas – RAS, LC e IT.

Foram elencados para realização desta entrevista 15 gestores de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária (AS) e Atenção Terciária (AT), representando a totalidades de serviços disponíveis na rede para atenção as pessoas com LEA. A entrevista foi realizada com: um gestor responsável pelos serviços da Atenção Primária (Atenção Básica) e um responsável pelos serviços de Atenção Terciária (Atenção Hospitalar), bem como 11 dos 13 gestores responsáveis por serviços de 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. Não foi possível realizar entrevista com os outros dois gestores responsáveis por serviços de atenção secundária devido ao não comparecimento nas entrevistas agendadas por dificuldades do cotidiano e extrapolação do período previsto em cronograma para realização da pesquisa.

Referente à conceituação de IT, sete dos 13 gestores dos serviços que compõem a rede de cuidado ao usuário com LEA, responderam de forma equivocada quando confundem este conceito ao de LC, destacando os fluxos a esse usuário (alguns os denominaram de “linha de atendimento”) e, ainda, os profissionais envolvidos no cuidado, a conduta terapêutica/manejo clínico e os serviços disponíveis no município.

“Itinerário terapêutico é a linha de atendimento, o tipo de manejo devido à patologia do paciente, seria o decorrer do trabalho a que ele está sendo submetido, a questão do andamento... como está sendo realizado esse trabalho.” (GAS1)

Este excerto de fala é emblemático para se inferir que a maioria dos gestores pesquisados não conhece a trajetória que o usuário com LEA percorre na rede em busca do cuidado integral à sua saúde. O conhecimento do IT, conceito básico de saúde pública, é fundamental para a compreensão do funcionamento da rede e das principais características de acesso ao cuidado. Compreender o IT é o primeiro passo de profissionais (inclusive gestores) para obterem uma visão ampliada das condições de

saúde e das escolhas de acesso ao cuidado na rede assistência, a partir da realidade vivenciada por essas pessoas, em determinada região.

Desse modo, deve haver uma ampliação da lógica biomédica das práticas de saúde, por meio de perspectivas de cunho sociocultural para que a apreensão que diferentes concepções sobre a doença e diferentes contextos sociais levam as pessoas a construir diferentes percursos na busca de cuidados e que essas informações podem subsidiar a ação dos profissionais. Para tanto, o reconhecimento desse contexto, que guia a busca pela atenção em saúde, está além do reconhecimento do IT. Este reconhecimento seria apenas a base para um levantamento mais aprofundado sobre o caminho do indivíduo na rede. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

A respeito da LC, todos os gestores dos serviços da AP, AS e AT demonstraram conhecer o conceito, vinculando a resposta aos fluxos determinados na rede, às etapas protocoladas do cuidado, à identificação de profissionais e das condutas terapêuticas, bem como à integralidade do cuidado; do mesmo modo, todos os gestores souberam definir o papel do seu serviço em uma LC.

“Linha de cuidado é quando há vários setores envolvidos e relacionados para aquele usuário e para a situação do mesmo, vários profissionais...” (GAS3)

Sabendo-se que IT é a trajetória do usuário na rede, a sua busca pela assistência (GERHARDT, 2006), e que a escolha de tratamentos é influenciada pelo contexto sociocultural e pela conformação da rede em que o usuário se insere, pode-se considerar que o conhecimento dos gestores sobre LC é frágil pelo desconhecimento do itinerário terapêutico dos usuários com LEA, no município em questão; tampouco o conhecimento do conceito de LC garante a percepção da estruturação da rede de cuidados voltada a esses usuários. A propósito, evidencia-se essa falta de percepção dos gestores acerca da estruturação da rede de cuidados quando responderam os questionamentos sobre o fluxo assistencial (garantido no município) e sobre os componentes fundamentais para implantação de uma LC voltada ao usuário com LEA.

Os gestores da AP e da AT souberam referir o fluxo assistencial, garantido no município, enquanto sete, dos 11 gestores da AS, não identificaram o que está garantido aos usuários com LEA; os demais possuem ou uma visão setorializada (conhecem o que é garantido apenas no que se refere ao seu nível de atenção), ou conhecem de forma incompleta o que é garantido na RAS do município a esses usuários.

“Teoricamente eu entendo que tudo seria garantido, pensando nos princípios e diretrizes do SUS, mas te confesso que não conheço aqui no município... pensando na nossa região, eu não sei te dizer o que seria garantido...” (GAS7)

“Eu sei, pelo o que os pacientes falam aqui. Eles vêm após o atendimento deles no hospital, eles são encaminhados para a fisioterapia e para a fonoaudióloga, esse é o conhecimento que nós temos, esses são os serviços garantidos...” (GAS4)

Quando questionados sobre os componentes (serviços) fundamentais para a implantação de uma LC, a falha permanece no nível de gestão da AS, em que apenas três (GAS3, GAS9, GAS10) dos 11 serviços de AS, ao lado de GAP1 e GAT1, conseguiram elencar a maioria dos elementos imprescindíveis para implantação de uma linha de cuidado voltada à pessoa com LEA (Quadro1).

Quadro 1. Percepção dos gestores dos serviços de atenção primária, secundária e terciária acerca dos componentes fundamentais para a implantação de uma Linha de Cuidado.

Elementos Constituintes da LC em AVC e TCE	Gestores dos Serviços de Saúde												
	GAP1	GAS1	GAS2	GAS3	GAS4	GAS5	GAS6	GAS7	GAS8	GAS9	GAS10	GAS11	GAT1
<i>Unidade Básica de Saúde</i>	X	X	X	X		X		X		X	X		X
<i>Componente Móvel de Urgência</i>	X			X							X	X	X
<i>Sala de Estabilização</i>													
<i>UPA/PA</i>	X		X	X						X	X	X	X
<i>Hospitais Habilitados</i>	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X
<i>Atenção Domiciliar</i>	X	X								X	X		X
<i>Serviços de Reabilitação</i>	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Enfermaria de Longa Permanência</i>	X	X								X	X		X
<i>Serviços de Reintegração Social</i>													
<i>Centrais de Regulação</i>	X									X	X		X
<i>Atenção Especializada Hospitalar</i>	X									X	X		X
<i>Unidades de Atenção Especializada</i>	X									X	X		X

GAP- Gestor de Serviço de Atenção Primária, GAS- Gestor de Serviço de Atenção Secundária, GAT- Gestor de Serviço de Atenção Terciária, UPA-Unidade de Pronto Atendimento, PA-Pronto Atendimento.

Destaca-se que a prestação de assistência na rede de saúde, com vistas ao cuidado integral ao usuário com LEA, pode ser pensada, do nosso ponto de vista, pelos gestores e trabalhadores, em uma perspectiva de LC, apoiando-se na Portaria nº 1.365/GM/MS, de 08 de julho de 2013, e na a Portaria nº 800/MS, de 17 de junho de 2015. A Portaria nº 1.365/2013 aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e propõe diretrizes para o estabelecimento da

Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado (BRASIL, 2013d). A Portaria nº 800/2015, altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, dispondo sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim como, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2015).

Segundo as portarias supracitadas, o atendimento aos usuários com AVC e TCE, nos quadros agudos, deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde; deve realizar a rápida identificação da gravidade do caso e, também, a rápida resolução de quadros clínicos de risco de perder a vida e reduzir sequelas, possibilitando, para ambos os eventos, a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2015).

Nesse contexto, têm-se indicados os constituintes/componentes da LC em AVC e TCE: i) Unidades de Atenção Básica à Saúde; ii) Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar/SAMU 192); iii) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24horas) e Pronto-Socorros de hospitais gerais; iv) Sala de Estabilização (SE); v) Hospitais com habilitação em Centro de Atendimento de Urgência e/ou Centro de Trauma Tipo I, Tipo II e Tipo III aos Pacientes com AVC/TCE; vi) Unidades de Atenção Especializada; vii) Enfermaria de Longa Permanência; viii) Atenção Domiciliar; ix) Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar; x) Serviço de Reintegração Social; xi) Centrais de Regulação; xii) Ambulatório de Anticoagulação para casos de AVC; xiii) Atenção Especializada Hospitalar e xiv) Unidades de Atenção Especializada para casos de trauma (BRASIL, 2013d, BRASIL 2015).

Os gestores também foram questionados sobre como se configuraria o fluxo ideal de sujeitos acometidos por LEA, no sistema de saúde local, na perspectiva de LC. A maioria dos gestores, o da APS, o da ATS e muitos da ASS, conseguiu inferir sobre o fluxo ideal, e, ainda, discorrer sobre como deveriam ocorrer as articulações entre os serviços, no seu nível de atenção ou de uma forma geral na rede.

“Para paciente com lesão encefálica, eu acredito que, depois dele ser atendido na hora do trauma ou do AVC, ele deve ser encaminhado para um serviço especializado de alta complexidade, que seja atendido em uma UTI, por exemplo, e que ele saia dessa UTI e vá pra uma unidade intermediária. Quando sair da unidade intermediária, vá para

uma unidade de reabilitação, se necessário, e que ele aprenda com uma equipe multiprofissional essa reabilitação. Ele pode ser muito bem assistido, se essa equipe for qualificada para isso, e dar o retorno para a atenção básica, para esse usuário” (GAS3)

“O TCE ou AVC vai ser SAMU, que leva para a urgência e a urgência para outro nível de atenção (...) Através da regulação de leitos, da avaliação deste usuário e da gravidade do caso, vai-se elencar quem precisa da internação (...) É realizado esse transporte do SAMU para a urgência e depois para o hospital, lá o tratamento é feito no ambiente hospitalar e quando ele sai vai ser transportado, outra vez, para o domicílio dele e será acionado o transporte da secretaria de saúde (...). Chegando no domicílio, a UBS do território dele precisa tomar conhecimento deste usuário que deu alta e da situação em que ele deu alta e dos cuidados que ele precisa, para isso é preciso ser feita uma contrareferência do hospital ... A UBS pode fazer o atendimento médico, atendimento de enfermagem, o cuidado do agente comunitário que traz a demanda, mas a equipe multidisciplinar, que tem que existir, com o NASF, poderia nos dar um suporte. Lá no domicílio, nós não temos ou temos precariamente uma equipe de reabilitação e a gente acredita que a grande solução seria um centro de reabilitação municipal ... Isso faria com que a gente tivesse um fluxo estabelecido, com os dias, com o transporte certo para isso, e um cuidado integral deste paciente com toda essa equipe multidisciplinar atuando em um dia, em um grupo, onde todos vão fazer lá e vão avaliar em conjunto e trazer o seu saber para aquele ser e depois a avaliação de cada clínica, separado, específico com a sua atuação...” (GAP1)

“...Porque isso de não ter essa referência e contrareferência é o que faz com que o paciente retorne ao serviço, retorne ao hospital, retorne mais vezes... enfim, caia de novo no hospital, que é o pior, porque o ideal é que não chegue no hospital, que não precise chegar ... que ele seja cuidado lá na sua unidade ... que ele tenha esse cuidado ali, que ele não precise chegar de novo ao hospital, ao mais complexo. E o que a gente vê é assim: ‘bom, saiu daqui não é mais meu’ ” (GAS10)

Segundo Gerhardt (2006), os fluxos assistenciais, expressos através das LC definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede, de modo que favorecem a continuidade do cuidado. De certo modo, essa concepção foi observada neste estudo, porém, destaca-se que apesar de os gestores terem conhecimento dos pontos da rede e de como os mesmos deveria estar articulados, quando questionados acerca da pactuação de fluxos (referência e contrareferência) de responsabilidade do seu nível de gestão, isso não se evidenciou.

O GAT1 afirmou a existência de pactuação com o serviço de urgência e emergência; porém não referiu encaminhamentos de retorno à APS e aos serviços de reabilitação da rede. O GAP1 também referiu apenas conhecer o sistema de

referenciamento entre os serviços de ATS e os de Urgência e Emergência e afirmou não existir pactuações de fluxos entre o seu nível de gestão e os demais serviços da rede, embora destaque essa necessidade:

“O que está pactuado é o que acontece com o SAMU e a UPA ou PA e, de lá, o paciente vai para o hospital assim que seja disponibilizado um leito para que ele interne. Então, fora isso, eu acho que não existe nada pactuado na rede para esse paciente com LEA, mas acho que o momento é de se pensar seriamente, por que as coisas precisam ficar no papel, pactuadas, institucionalizadas, quem faz o que e os profissionais precisam ter conhecimento disso, existe uma barreira...” (GAP1)

Quanto aos serviços de reabilitação, quando há necessidade de encaminhamentos para ampliação da assistência do usuário em atendimento, apenas o GAS1 referiu realizar referência para as unidades básicas do território do usuário ou para outros pontos de reabilitação da rede; o GAS4 não realiza quaisquer encaminhamentos ou orientações e os GAS2, GAS3, GAS5, GAS6 e GAS8 referiram apenas realizar orientações para que os próprios usuários busquem a complementação do cuidado. Essa orientação refere-se, na maioria dos casos, à procura da secretaria municipal de saúde que, por sua vez, pode realizar os devidos encaminhamentos.

”Direcionamos principalmente para Fonoaudiologia, a gente manda o paciente para a secretaria de saúde (...) ela é que agenda para o local que tiver disponível...” (GAS6)

“A gente sempre orienta os familiares a procurar serviços, quase todos os pacientes precisam de alguma coisa ou outra, inclusive da terapia ocupacional, a gente já comenta, porque pode ser que tenha no município. A gente não sabe realmente quais são os serviços que são oferecidos, eu não entrei ainda em contato com ninguém porque é muita coisa para fazer aqui; mas a gente comenta tudo que pode fazer para melhorar o quadro geral do paciente... psicologia... a gente, infelizmente, não se dedicou a procurar como fazer para ajudar.” (GAS8)

Os demais gestores dos serviços de reabilitação (GAS7, GAS9, GAS10 e GAS11), são vinculados às Instituições de Ensino Superior que integram a rede de cuidado às pessoas com LEA pelo SUS. Eles afirmaram que a pactuação de fluxo ocorre apenas entre os serviços das próprias instituições, tendo em vista as afinidades teórico-metodológicas, sem contato com os demais pontos integrantes da rede SUS.

Ressalta-se que este cenário da atenção secundária no município, pode estar associado à falta de conhecimento da rede de saúde por parte desses gestores, refletindo uma grande fragmentação do cuidado, proveniente das desarticulações neste nível de atenção com os demais serviços e entre eles próprios.

“Pactuado não, existe um acordo ‘de cavalheiros’ eu posso chamar ... ou ‘de damas’... a gente acaba fazendo essa troca entre os professores do curso, isso basicamente acontece com os professores, e não com a rede ... com a rede é bem mais difícil. Aqui dentro da instituição, nós conseguimos fazer alguns encaminhamentos para terapia ocupacional assim como eles fazem para nós, nós também temos a psicologia, nutrição, odontologia, assim como eles também nos procuram... agora, com a rede mesmo em si não, é tudo através dos professores do curso e das instituições, seja porque a gente conhece lá, daí a gente liga, manda uma mensagem, pergunta... Então, esse encaminhamento pelo serviço público mesmo, para um funcionário, para um agente, para um enfermeiro, para alguém que é responsável por uma unidade básica, por exemplo, é difícil ...” (GAS7)

Ainda inserido nas respostas sobre o fluxo ideal para o usuário com LEA, cabe destacar que alguns serviços apontaram para elementos que podem ser pontos estratégicos para o cuidado especializado dos usuários pós-evento encefálico, que não integram a atual rede de cuidado no município, como, por exemplo, um centro integrado em reabilitação, bem como equipes multiprofissionais que realizassem o cuidado no modelo da Atenção Domiciliar para usuários com maiores dependências ou dificuldades.

“... depois ele vai direto para o hospital, seria nesse serviço de alta complexidade que ele receberia um encaminhamento direto para um centro de reabilitação. No serviço de alta complexidade o paciente passaria pelo Serviço Social e demais profissionais para que toda a questão do levantamento do quadro do paciente fosse feito e já se encaminhar dali para dispositivos auxiliares de locomoção e para um centro de reabilitação” (GAS1)

“... acredito que o hospital faça parte desse fluxo, obviamente, e depois os serviços de média complexidade, de terapia, de curto, médio e longo prazo, para depois que eles fossem liberados do hospital teria, aqueles serviços que vão à domicílio, Home care?... enfim, seria super necessário...” (GAS9)

As respostas das duas questões mencionadas acima (fluxo ideal e pactuação de fluxos), quando analisadas de forma conjunta, parecem demonstrar um descompromisso com aquilo que é sabido, por parte dos gestores, serem de sua responsabilidade. Na perspectiva da macropolítica ou da gestão, o apoio e o investimento dos gestores em

processos de gestão coletivos e participativos implica a corresponsabilidade entre todos atores envolvidos no ato de cuidar. A efetivação da LC depende da determinação e apoio dos gestores, sejam públicos ou privados, na garantia do caminhar pela LC, equacionando os fluxos (MERHY et al, 2004).

Nesse sentido, em 2007, foi divulgada a Política Nacional de Humanização que debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo. A necessidade desse debate surgiu com vista a garantia ao direito constitucional à saúde para todos e foi considerado urgente porque é uma condição para viabilizar uma saúde digna, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. Esta política destaca que ponto indissociável da Humanização é definido pelo grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implicando mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Nesse aspecto, outro ponto de destaque da política é a educação permanente, que fortalece as redes do SUS ao incluir gestores, trabalhadores da saúde e usuários nesse processo (BRASIL, 2007).

Freire (2005) aponta que a LC se completa na medida em que macroprocessos (gestão, apoio e investimentos) se articulam com os microprocessos (responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário). Entretanto sempre ocorre o risco da ruptura ou fragmentação da LC, pois são muitas variáveis a serem garantidas e nem sempre elas se entrelaçam.

Ainda, pode-se apontar que a falha encontrada na rede, neste estudo, cresce na medida em que, além da desarticulação dos serviços, faltam elementos estruturantes de uma rede de cuidado. Tendo isso em vista, sabe-se que a gestão do cuidado também tem responsabilidade tanto em uma unidade como na trajetória do usuário. E com base nisso, depara-se com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas (GONDIM, GRABOIS, MENDES JUNIOR, 2011).

Tendo em vista as fragilidades nas pactuações e na composição dos serviços da rede do município em questão, principalmente no que se refere à ASS - responsável, entre outras atribuições, pela reabilitação- vale ressaltar que o usuário após a LEA possui sequelas que demandam intervenções em tempo oportuno, objetivando o início

do processo de reabilitação ainda na fase aguda da lesão. Nessa perspectiva, os gestores dos três níveis de atenção foram questionados sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos serviços para a garantia da reabilitação neurológica do usuário com LEA, no município.

As maiores dificuldades apontadas foram a grande demanda para os serviços de reabilitação e a falta de profissionais especializados para atendimento em neurologia. Sabe-se que a demanda excessiva resulta em longo tempo de espera do usuário, ocasionando, muitas vezes, deformidades ou incapacidades irreversíveis. Em recente estudo publicado, Sousa et al. (2017), ao avaliar o nível de acesso à reabilitação física para sobreviventes de acidentes de trânsito e fatores associados, encontrou que, embora 85,8% dos sobreviventes de acidentes de trânsito tivessem relatado a necessidade de reabilitação física, houve baixo acesso geral (51,6%; IC95% 43,7–59,4) e demora para início da reabilitação física (média = 67 dias). Os fatores associados foram os processos organizativos dos cuidados em saúde (encaminhamento e informação em saúde) e os determinantes sociais (renda, ocupação e plano privado de saúde).

Ainda, falta da especialização dos profissionais para a reabilitação neurológica, nos serviços disponíveis, pode ocasionar lentos ou ineficientes processos de recuperação. A qualidade dos serviços de reabilitação ainda é um tema pouco discutido em Saúde Pública, persistindo lacunas no que tange ao acesso e a outros aspectos da qualidade. Observa-se uma desvalorização sobre esta temática por parte dos gestores dos serviços públicos de saúde, além de estudos apontarem, também, insuficiente oferta e irregular distribuição geográfica (DESLANDES et al., 2006, LIMA et al., 2012). Esse dado preocupa, principalmente quando refletimos sobre a importância da reabilitação no contexto da pandemia das LEAs. No âmbito SUS, o acesso à reabilitação para sobreviventes de LEA depende da adequada transição entre a atenção hospitalar e a reabilitação ambulatorial, previsto na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e também na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Contudo, a implantação e coordenação dessas redes ainda incipiente, prejudicando a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a)

A dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação foi outro ponto citado pelos gestores; segundo os mesmos os serviços apresentam-se dispersos na rede, além da já discutida faltam serviços essenciais. Nesse aspecto, o GAP1 considerou que a ASS, na sua percepção, é o ponto de maior fragmentação/falha do cuidado em saúde no município. Destacou que a superlotação dos serviços de ATS impele aos serviços de

Urgência e Emergência estadias prolongadas dos usuários, sem que haja, nesses locais, a assistência adequada aos casos graves de LEA, ocasionando, nos profissionais de saúde desses serviços, angústia pelo convívio com essa situação e, até mesmo, o óbito do usuário. Ainda, esse gestor ressaltou a falta de profissionais no quadro de funcionarios permanentes, nas equipes multiprofissionais, levando grande parte da reabilitação neurológica à responsabilidade das Instituições de Ensino Superior, as quais, por sua vez, não se integram com os demais pontos da rede, caracterizando uma cascata de eventos negativos por falta de ação em rede e impossibilidade de geração de um fluxo de atendimento às pessoas com LEA, o que inviabiliza o acesso ao cuidado integralizado e humanizado em saúde.

Não obstante, o GAP1 ainda destacou os inúmeros processos de judicialização referentes à reabilitação em neurologia no município para que se possam ter garantidos cuidados mínimos necessários às pessoas com LEA:

“... então a gente não tem como não acreditar que esse paciente, ao receber tratamento em uma UPA ou PA (ao invés de na alta densidade), se não for a óbitos, vai ter sequelas graves... ai caímos, de novo ,no retorno para o domicilio e na reabilitação- que não acontece-, a não ser por solicitação judicial. Por isso que a gente tem tanta judicialização, a gestão que entrou agora pensa nisso, vamos pesar: isso custa quanto? É claro que custa muito mais! a gente vem conversando bastante em como diminuir a judicialização, tem que investir naquilo que impeça de chegar ao ponto da judicialização, como construir isso”. (GAP1)

Ainda, pode-se discutir que a falta de acompanhamento, por uma equipe multiprofissional, gera incapacidades e agudização das sequelas impostas pela LEA. Esse ciclo de falhas na rede contribui, mais uma vez, para a condensação dos serviços de alta complexidade - o usuário, por falta de acompanhamentos, monitoramentos e procedimentos terapeuticos, acaba retornando ao hospital.

Segundo Erdmann et al. (2013), as dificuldades identificadas nos modelos de atenção, dizem respeito à direção das interações e articulações entre a atenção básica e a atenção secundária. Estes autores, ao lado de estudiosos clássicos da Atenção Básica (CAMPOS, 2014, STARFIED, 1992, DONABEDIAN, 1990), afirma que uma APS resolutiva traz consequências positivas para toda a rede, já que diminui a demanda nos demais níveis de atenção.

A propósito, tem-se disponível, pelo MS, o Caderno de Atenção Basica nº 35 que trata das estratégias para o cuidado da pessoa com condições e doenças crônicas,

tendo em vista que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, com importante papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna. O documento reconhece a atenção em saúde para as condições crônicas como um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica. Este caderno destaca a importância atual das condições crônicas, salientando a complexidade das doenças/fatores de risco de determinação múltipla e, assim, aborda conceitos comuns às diversas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. (BRASIL, 2014)

A falta de resolubilidade da Atenção Básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de LCs, apresentam-se como limitações da rede de atenção à saúde. Quanto à gestão, Erdmann et al. (2013) apontam, como fatores que dificultam a organização das práticas de saúde: i) a carência de qualificação e de capacitação dos profissionais para atuar nesse nível de atenção; ii) o incipiente processo de planejamento dos serviços e de rotinas de trabalho; iii) a escassez de recursos financeiros para atenção secundária e iv) a inadequação da infraestrutura de alguns serviços.

As diversas falhas do sistema e do cuidado em saúde, citadas acima, ferem, sobremaneira, o princípio da integralidade e, então, a saúde passa a ser cuidada pelo Poder Judiciário. Esse cenário, segundo Figueiredo (2015, p. 332), é caracterizado como o fenômeno da judicialização, em que as limitações de recursos financeiros e sanitários, muitas vezes deduzidas judicialmente sob o argumento da “reserva do possível”, traduzem as dificuldades entre a integralidade almejada e a realidade do tratamento oferecido.

Outros dois questionamentos foram realizados aos gestores, a saber: 1) reconhecimento das facilidades e/ou dificuldades que o usuário com LEA possui na busca pelo cuidado no serviço de saúde correspondente ao seu setor de gestão ou na rede 2) principais falhas/dificuldades dos serviços na prestação de cuidados ao usuário com LEA.

Referente à primeira questão, nenhum dos gestores entrevistados apontou facilidades de acesso ao cuidado; o GAT1 apontou, como dificuldades do usuário, o cuidado recebido ainda estar baseado em um modelo intervencionista curativo e a falta de acesso a ações de prevenção e monitoramento de agravos. O GAP1 destacou a escassez de equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF), ou seja, a falta de equipes multiprofissionais; ainda associou as dificuldades de acesso aos profissionais de reabilitação por falhas no transporte social da secretaria de saúde e, por fim, a desorientação dos usuários, justificada, pela falta de referência e contrarreferência entre os serviços. A propósito, sistemas de referência e contrarreferência organizados e a definição de pontos de contato entre os níveis de atenção favorecem a integração e a troca de experiência entre os profissionais. Essa interação facilita o acesso do usuário ao cuidado, por meio do estabelecimento de fluxos (ERDMANN et al. 2013).

Os gestores dos serviços da ASS responderam, de modo variado, a questão em discussão, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Dificuldades encontradas pelos usuários com LEA na busca pelo cuidado integral, na percepção dos gestores dos serviços da Atenção Secundária à Saúde

Dificuldades para Acesso ao Cuidado Integral	
GAS1	Falta de Informação, de Orientação e de Conhecimento da Rede de Saúde, Falta de acessibilidade/Transporte para realizar Terapia
GAS2	Cuidado descontinuado, Falta de Protocolos Norteadores
GAS3	Acesso aos Serviços de Atenção Terciária
GAS4	Despreparo e Desqualificação Profissional para a Reabilitação Neurológica
GAS5	Falta de profissionais, Grande Demanda para a Rede de Reabilitação
GAS6	Falta de Acessibilidade aos Serviços de Reabilitação, Falhas no Transporte Social do Município
GAS7	Falta de Informação e de Conhecimento da Rede de Saúde, Falta de Acessibilidade, Grande Demanda para a Rede de Reabilitação
GAS8	Falta de Comprometimento e Responsabilização Profissional (Referência/Contrarreferência)
GAS9	Demora para Início da Reabilitação, Grande Demanda para os Serviços de Reabilitação
GAS10	Falta de Informação, de Orientação e de Conhecimento da Rede de Saúde
GAS11	Falta de Fluxos Ordenados, Falta de informação e de Orientação sobre os Serviços da Rede, Grande Demanda para Reabilitação

GAS- Gestor de Serviço de Atenção Secundária à Saúde

No que tange à segunda questão (falhas/dificuldades dos serviços), foi apontado pelo GAP1 a desresponsabilização dos profissionais com o cuidado continuado do usuário com LEA. O GAT1 também referiu a desresponsabilização dos profissionais e acrescentou a conveniência de sensibiliza-lo:

“... porque a linha de cuidado não é da gestão, a linha de cuidado é dos serviços... gestão tem o papel de dar suporte, se as pessoas não estão sensibilizadas elas não fazem, a pessoa tem que querer aquilo. Então a dificuldade que enfrento em meu serviço é a demorada fase de sensibilização. Sensibilizar é romper paradigmas, é renovar conceitos... é difícil, mas necessário construir algo perene, que durem e que realmente façam a diferença naquela realidade...” (GAT1)

Os gestores da ASS, também destacaram a desresponsabilização dos profissionais com a integralidade do cuidado, financiamento insuficiente que acarreta em falta de instrumentos, profissionais e estrutura para o cuidado desses usuários, assim como destacaram, como falhas dos serviços, a fragmentação e o distanciamento dos pontos da rede (fatos anteriormente elencados como fatores que dificultam o acesso dos usuários com LEA ao cuidado). Possivelmente por reconhecer as dificuldades de operacionalização do sistema de saúde tal como deveria acontecer é que foi promulgada recentemente a Portaria nº 3.992/MS, de 28 de dezembro de 2017, que altera as normas do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Como principal mudança, foram instituídos dois blocos de financiamento (Custeio e Investimento), desta forma as transferências dos recursos financeiros federais, na modalidade Fundo a Fundo, hoje repassados em seis blocos, serão realizadas em apenas duas contas, ou seja, a partir de 2018, os municípios receberão os recursos federais em apenas duas contas financeiras, uma para despesas de custeio e outra para despesas de capital. (BRASIL, 2017)

Neste contexto de análise, é importante ressaltar as considerações de Malta et al (2004), já no início deste século XXI, acerca das motivações que provocam a fragmentação da LC: i) ausência de ofertas de práticas de promoção e prevenção, ii) ausência de gestão e regulação dos processos, iii) deficiência da rede de serviços (insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico), iv) inexistência de ofertas específicas (alta complexidade, exames não cobertos), v) oferta insuficiente seja pelo número, seja pelas especialidades e/ou complexidade disponíveis, vi) atitudes de desresponsabilização do profissional, vii) atitudes de cerceamento ao acesso, viii) prestador com falta de insumos, ix) qualidade questionável na prestação de assistência e x) indefinição de cuidadores que articulem todo o percurso da LC (MALTA et al., 2004).

Ao pensar no cuidado em saúde sob a perspectiva de uma LC cabe ressaltar, ainda, que essa não deve ser pensada através da dura forma de agir da programação em saúde, que, na maioria dos casos, não consegue atuar nos modos singulares de cada usuário no campo do cuidado, devendo ela existir com base nas necessidades reais do usuário. Nesse sentido, reenfaz-se a importância do conhecimento dos itinerários terapêuticos (FREIRE, 2005)

4 CONCLUSÃO

Os resultados, aqui apresentados, possibilitaram identificar as condições da RAS local, com destaque ao cuidado de pessoas com LEA. Evidenciou-se o desconhecimento dos gestores dos serviços de saúde acerca de conceitos de saúde pública e, também, falta de percepção da rede de assistência do município em questão, apesar de haver compreensão sobre LC, elementos fundamentais para implantação de uma LC e as atribuições do seu serviço nessa perspectiva. A contradição encontrada refere-se a esses gestores serem esclarecido a respeito desses pontos, porém não realizarem pactuação de fluxos, refletindo uma rede desarticulada e com diversas fragilidades, acarretando em dificuldades para os serviços e para os usuários que buscam atenção em saúde.

A situação encontrada, em síntese, contribui para uma menor resolubilidade das ações em saúde, provavelmente acarretando o agravamento das condições de saúde dos usuários com LEA, piorando a qualidade de vida, além de sobrecarregar os serviços de maior complexidade do SUS.

Entende-se que a compreensão dessa problemática é dependente da conjugação do trabalho de todos os profissionais da RAS, tomados como potentes atores de mudança do modelo em vigência. Este estudo destacou que há, por parte dos gestores, compreensão de que a criação e formalização de LCs é uma proposta para construção de um caminho organizacional de fluxos assistenciais, porém, para a viabilização e concretização do trabalho nessa perspectiva, faz-se necessária a participação, engajamento e responsabilização de todos os envolvidos no cuidado: gestores, profissionais e usuários.

Com base nos achados, convém uma força tarefa para a criação e a implantação de um fluxo para o acesso ao cuidado integral em saúde dos usuários com LEA, neste sistema local, tendo como bases os instrumentos existentes para nortear essa construção, a fim de tornar a atenção mais resolutiva. Assim, este estudo representa um instrumento de contribuição para uma reordenação do sistema local de saúde, no que tange usuários com LEA, na tentativa de reconhecê-los em suas peculiaridades como pessoas de direito; a oferta de uma atenção qualificada e integral, a partir de processos de (des)(re)construção dos modos de pensar e fazer a saúde, ou seja, do saber-fazer saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 20 de fev. 2018

_____. L _____. Ministério da Saúde, 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 Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 29, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial União**, Brasília, DF. 2011b. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf. Acesso em: 02 fev. 2018

_____. 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. 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 02 de jan. 2018.

_____. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Seção 1, p. 59-62. 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 02 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, p. 28, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf> Acesso em: 23 de Fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em:02 fev 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa

com Traumatismo Cranioencefálico. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatisco_cranioencefalico.pdf. Acesso em: 02 fev 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.365 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html. Acesso em: 02 fev 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, n° 35**. Brasília, DF, p. 162, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>. Acesso em: 24 de Fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 800, de 17 de junho de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html>. Acesso em: 10 de fev. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2017. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/site/index.php/todas-as-noticias-do-cosems/63-ultimas-noticias-do-cosems/1592-portaria-do-ministerio-da-saude-de-n-3-992-alteracao-das-normas-sobre-o-financiamento-e-a-transferencia-dos-recursos-federais-portaria-do-ministerio-da-saude-de-n-3-992-publicada-em-28-de-dezembro-trata-se-da-alteracao-das-normas-sobre-o-financiamento> . Acesso em: 10 de fev. de 2018.

ABAQUIM, M. L. M; LIMA, M. P.; CIASCA, S. M. Avaliação neuropsicológica de sujeitos com lesão cerebral: uma revisão bibliográfica. **Rev. Psicopedag**, v. 28, n. 89, p. 236-243, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v29n89/07.pdf>>. Acesso em: 02 de fev. 2018.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional em saúde. Entrevista: Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000501145&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 02 fev 2018.

DESLANDES, S. F., SOUZA E. R., MINAYO, M. C. S, COSTA, C. R. B. S. F, KREMPEL, M, CAVALCANTI M. L., et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Cienc Saude Coletiva**. v. 11, n. 2, p. 385-96, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500017>. Aceso em: 02 fev. 2018.

DONABEDIAN, A.. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990

ERDMANN, A. L., Andrade, S. R., MELLO, A. L. S. F., DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52935/56927>. Acesso em: 02 fev 2018.

FERNANDES, A. C; RAMOS, A. C. R; CASALIS, M. E. P; HEBERT, S.K. **Medicina e reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.174-88.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner, **Direito à saúde**. Bahia, 4. ed. Editora Juspodivm, 2015.

FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309149/1/Freire_RafaelaCordeiro_M.pdf. Acesso em: 02 fev 2018.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro:Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.153-190. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>. Acesso 03 fev. 2018.

LIMA, M. L. L. T., LIMA, M. L. C., DESLANDES, S. F., SOUZA E. R., BARREIRA A. K. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 33-42, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100006>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MALTA, D. C. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciênc. Saúde Colet**. 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: 01 FEV 2018.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

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

PERES, A. C. D.; ASANO, C.; CARVALHAES, C. L. L.; CESAR, M. F. 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: 02 de fev. 2018.

PONTE, A. S.; FEDOSSE, E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 5, p. 1097-1108, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462016000501097&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 02 abr. 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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0843.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

SOUSA, K. M., OLIVEIRA, W. I. F., ALVES, E. A., GAMA, Z. A. S. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-13, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006429.pdf. Acesso em: 02 fev. 2018.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.

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:

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO/FLUXO:

1. O que você compreende por itinerário terapêutico?
2. Você conhece o itinerário terapêutico percorrido pelo usuário com Lesão Encefálica Adquirida no Sistema Único de Saúde?
3. Você conhece o fluxo assistencial garantido ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida no município de Santa Maria?
4. Existe pactuação de fluxos entre os serviços de assistência ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida? (referência e contrarreferência)
5. Você reconhece facilidades e/ou dificuldades que o usuário com lesão encefálica adquirida possui na busca pelo cuidado no serviço de saúde correspondente ao seu setor de gestão ou na rede? Quais?

LINHA DE CUIDADO: CONCEITUAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO:

6. O que você entende por Linha de Cuidado?
7. No seu ponto de vista, quais são os componentes importantes em uma linha de cuidado?
8. Como se configuraria o fluxo de sujeitos acometidos por Lesão Encefálica Adquirida no sistema de saúde na perspectiva de linha de cuidado? (fluxo ideal)
9. Tendo em vista o fluxo ideal, como você percebe que está estruturada a linha de cuidado para o usuário com Lesão Encefálica Adquirida?
10. Você acha necessário criar protocolos

11. de linha de cuidado ao usuário com lesão encefálica adquirida no município de Santa Maria?
12. Você conhece algum protocolo que possa apoiar, embasar e/ou esclarecer os gestores e demais profissionais do SUS na criação de uma linha de cuidado?
13. Existem protocolos internos de encaminhamento para os serviços de referência de atendimento a usuários com Lesão Encefálica Adquirida?
14. Existe algum protocolo para avaliação do quadro do usuário com possível Lesão Encefálica Adquirida?

SERVIÇOS:

15. Quais os serviços que compõem a rede de cuidado ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida?
16. Quais seriam as atribuições deste serviço, dentro do seu nível de complexidade, em uma linha de cuidado ao usuário com Lesão Encefálica Adquirida?
17. Em contato com o usuário com sequelas pós Lesão Encefálica Adquirida, como o seu serviço de atenção básica participa deste cuidado?
18. Que medidas de prevenção podem ser/estão sendo tomadas para prevenir lesões Encefálicas Adquiridas no município de Santa Maria?

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 Profª Drª 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.

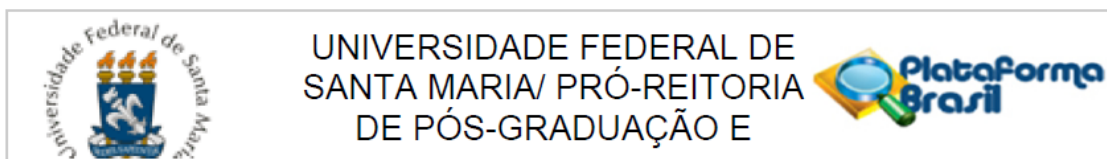
Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

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 corbimortalidade, 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

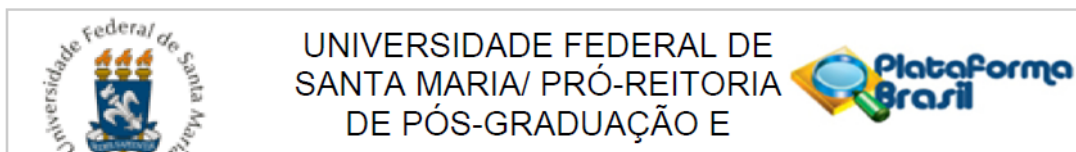
CEP: 97.105-970

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:

.

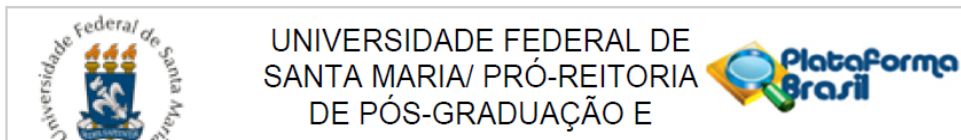
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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



Continuação do Parecer: 2.237.659

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

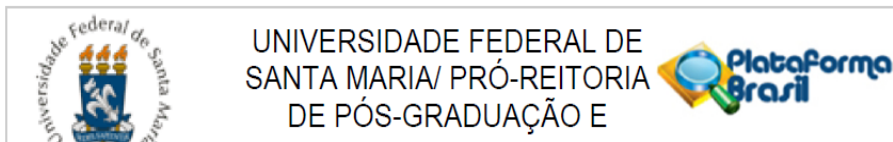
Projeto sem inadequações.

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



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