

**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**

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: O PERCURSO
DA LINHA DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS E CUIDADORES**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Aline Amaral dos Santos

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: O PERCURSO DA LINHA DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E CUIDADORES

Aline Amaral dos Santos¹, Jucelaine Arend Birrer², Ana Paula Flores Colpo³, Andréia Claro Tavares⁴, Camila Pinno⁵, Fernanda Vianna Schmitt⁶

Trabalho de conclusão - modalidade artigo publicável – 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**

¹ Cirurgiã-dentista, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM. Endereço: Rua Silva Jardim, nº 3100. Telefone: (55) 91346713. Email: aline.am_s@hotmail.com.

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

³ Terapeuta ocupacional, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

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

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

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

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão – modalidade artigo publicável –

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: O PERCURSO DA LINHA DE CUIDADO
NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

elaborado por
Aline Amaral dos Santos

orientado por
Jucelaine Arend Birrer

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no
Sistema Público De Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo**

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Santa Maria, 21 de março de 2014.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: O PERCURSO DA LINHA DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E CUIDADORES

ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT: THE WAY OF CARES LINE IN PROSPECT OF USERS AND CAREGIVERS

RESUMO

Este estudo possui como objetivo analisar o percurso da linha de cuidado do Acidente Vascular Encefálico (AVE) na perspectiva dos usuários e cuidadores de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Foram entrevistados cinco usuários e três cuidadores, totalizando oito indivíduos. A análise dos dados se deu através da técnica de análise de conteúdo. Desta análise, emergiram duas categorias não *a priori*: 1) linha de cuidado no processo saúde-doença e 2) tecnologias duras. Os resultados mostram a desorganização da linha de cuidado na perspectiva dos usuários/cuidadores devido à ausência do acompanhamento de saúde após a transferência hospitalar, à centralização da atenção na alta complexidade, à existência de lacunas no percurso assistencial decorrentes da gestão inadequada; levando à fragilidade da gestão e do cuidado no contexto do usuário com AVE.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico; Linha de cuidado; Rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the way of cares line to Encephalic Vascular Accident (EVA) from the perspective of users and caregivers in a city in central region of Rio Grande do Sul/Brazil. This is a qualitative descriptive research. Data collection occurred through semi-structured interview. Five users and three caregivers were interviewed, totaling eight individuals. Data analysis was made using the technique of content analysis. Emerged from this analysis two non a priori categories: line of care in the health-disease process and hard technologies. Results show disorganization of line of care from the perspective of users/caregivers, due to the absence of monitoring health after hospital transfer, the focus of attention in high complexity, the

existence of gaps in the care pathway resulting from inadequate management, leading to fragility of management and care in the context of the user with Encephalic Vascular Accident.

KEYWORDS: Encephalic Vascular Accident; Line care; Health care network.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A atual transição epidemiológica e demográfica brasileira, com o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e com a ampliação da população de idosos, leva ao crescimento da demanda por tecnologias duras (MALTA et al., 2006). Estas instigam a assistência centrada no procedimento, fundamentada no ato prescritivo e no modelo curativo, não considerando os determinantes do processo saúde-doença, relacionados às questões sociais, ambientais e singulares ao sujeito, e dando maior valor às dimensões biológicas (MALTA; MERHY, 2010).

O manejo do cuidado das DCNT se constitui em um processo complexo, que envolve desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, podendo ser obtido através de sistemas integrados (LAVRAS, 2011). Apesar da ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da contribuição para melhor acessibilidade geográfica, na visão de Souza et al. (2008), a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda gera descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos, tanto nas estratégias de saúde da família como nas unidades básicas de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), são consideradas DCNT as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus*. Também são incluídas aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas; as doenças bucais, ósseas e articulares; as desordens genéticas; e as patologias oculares e auditivas.

Dentre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV) e a hipertensão arterial (HA), com uma prevalência estimada de 35% na população

acima de 40 anos (RIBEIRO, COSTA e RIBEIRO, 2012). Para esses autores, as DCV são atualmente a principal causa de mortalidade em todo o mundo. No Brasil, elas representam mais de 30% dos óbitos anualmente. Essas doenças compreendem o acidente vascular encefálico (AVE), a doença arterial coronariana, a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva.

Estima-se que, no ano de 2020, as DCV ainda continuem liderando as estatísticas de morbimortalidade no mundo. Dessa forma, as intervenções para prevenção e promoção da saúde necessitam abordar integralmente os fatores de risco clássicos para as doenças cardiovasculares, que são: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, dislipidemia e tabagismo, (CASADO, VIANNA e THULER, 2009).

Essas doenças são responsáveis pelo maior custo econômico para o sistema de saúde e a sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta – custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais – como indireta – perda de produção associada, aposentadorias precoces, entre outras questões – e aumentarão na próxima década, se intervenções efetivas não forem implementadas (BRASIL, 2008).

Representando uma DCV, o AVE é uma patologia com grandes repercussões para a saúde pública, pois, atualmente, é a primeira causa de mortalidade no Brasil e de incapacidades em adultos (CAVALCANTE et al., 2010). Um usuário acometido por AVE custa para o SUS, em média, R\$ 6 mil, valor que varia de acordo com a gravidade de cada caso. Aquele que recupera completamente o déficit neurológico terá necessidade de um período de internação curto (de 3 a 5 dias), a um custo de aproximadamente R\$ 640,00. Nos casos em que o paciente fica com sequelas

graves, o período de internação pode ser de mais de um mês, gerando um custo aproximado de R\$ 32 mil (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Tendo em vista o rápido e intenso envelhecimento populacional brasileiro, estima-se que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresente cada vez mais relevância como um problema de saúde pública, até que os investimentos na prevenção dessa doença passem a ser prioridade do sistema de saúde brasileiro (FONSECA; PENNA, 2008). Observa-se que há uma tendência à repetição “do mesmo” em praticamente todas as sociedades, portanto, são necessárias mudanças no modo de produzir saúde. Entretanto, isso não será concretizado sem que o modelo de gestão seja repensado profundamente, visto que as mudanças administrativas implantadas nos serviços de saúde no Brasil geralmente tendem a ser tradicionalistas.

Um princípio importante a ser adotado, conforme preconiza Cecílio (2009), é a construção das linhas de cuidado (LC), que estabelecem um percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos de acordo com suas necessidades, através do modelo usuário-centrado. Para Merhy e Cecílio (2003), o processo de construção da LC está fundamentado na sistematização, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário. Corroborando essa ideia, Ceccin e Ferla (2006), vinculam este processo à gestão e atenção em saúde, fundamentando-se no conceito de integralidade na prática do cuidado.

Assim, com a intenção de aprofundar e enriquecer a discussão sobre a rede de atenção à saúde oferecida ao usuário acometido por acidente vascular encefálico, o presente estudo tem por objetivo analisar o percurso da linha de

cuidado do AVE na perspectiva dos usuários e cuidadores de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

1. MÉTODO

O presente estudo é parte do projeto matricial, intitulado *O Caminho Percorrido na Rede de Atenção à Saúde de um município da região central do Rio Grande do Sul/Brasil: a realidade dos usuários acometidos por Acidente Vascular Encefálico*. Este foi apresentado como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma universidade pública, envolvendo os seguintes núcleos profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva. Os usuários elencados para o estudo estiveram internados na unidade de clínica médica de um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul (RS), no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. Foi realizado um levantamento da incidência de AVE junto ao Serviço de Estatística e de Prontuários da instituição, em estudo de todos os municípios de abrangência do hospital. Após esta análise foi escolhido o município de maior incidência de casos, o qual foi identificado no município central, onde a instituição hospitalar proponente deste estudo está localizada.

A partir disso, foi identificado o bairro pertencente à região leste da cidade proponente como o de maior incidência de AVE, com 15 (quinze) usuários. Foi realizado contato telefônico com tais usuários e se constatou que, destes, 4 (quatro)

havia ido a óbito, dos quais, 3 (três) respectivos cuidadores foram entrevistados; 2 (dois) apresentavam endereço não condizente com o prontuário; 2 (dois) não foram encontrados no referido endereço, não sendo possível localizá-los; 1 (um) foi registrado erroneamente, pois não foi acometido por AVE e sim por uma neoplasia, falecendo posteriormente; e 1(um) não compareceu para a entrevista, mesmo após agendamento. Foram definidos, como unidade de análise, cinco (5) usuários acometidos por AVE e três (3) cuidadores.

Durante a análise, a fim de identificar os entrevistados, os usuários foram denominados de “U” e os cuidadores de “C”. A técnica de coleta de dados se constituiu de entrevista semiestruturada. A análise do material resultante da transcrição das entrevistas ocorreu pela temática de conteúdo, fundamentada por Minayo (2010), a partir das discussões das categorias não *a priori*, emergidas com base no relato dos entrevistados.

Os indivíduos participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização das informações obtidas desde que mantido sigilo sobre sua identidade. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição de origem – CAEE 22047313.8.0000.5346.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias não *a priori*, elencadas a partir da análise temática dos relatos dos entrevistados, foram: linha de cuidado no processo saúde-doença e tecnologias duras.

Durante o primeiro ano de vivência no Programa de Residência Multiprofissional, foram desenvolvidas pelos residentes integrantes deste projeto atividades que fazem parte da linha de cuidado da neurologia. Nesse período, identificou-se que os usuários acometidos por AVE representavam um número significativo de internações e reinternações, e, apesar da demanda estabelecida por essa condição crônica, a rede de atenção à saúde parecia não estar preparada para o enfrentamento de tal questão.

No sentido do desenvolvimento de ações que despertem o comprometimento de gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivar seu processo de organização, fundamenta-se a relevância deste estudo da linha de cuidado na perspectiva dos usuários, para o redirecionamento da integralidade por meio das redes de atenção à saúde (RAS) no contexto do AVE.

3.1. Linha de cuidado no processo saúde-doença

A linha de cuidado orienta os usuários do SUS sobre o caminho preferencial que deve ser percorrido e sobre os procedimentos a serem adotados para que suas necessidades em saúde sejam adequadamente atendidas. Trata-se de uma estratégia habitualmente utilizada para organizar a rede de atenção às DCNT (SILVA, 2011).

Percebe-se, no Quadro 1, a desorganização da linha de cuidado na perspectiva dos entrevistados, devido à ausência do acompanhamento de saúde após a transferência dos cuidados no âmbito hospitalar e à centralização da atenção na alta complexidade.

Quadro 1 – Percurso assistencial do usuário acometido por AVE

Entrevistado	Incidente	Transferência
U1	AVE no domicílio	Ambulatório Hospitalar
U2	AVE na UBS	Unidade Básica de Saúde
U3	AVE no domicílio	Não realizou acompanhamento
U4	AVE no domicílio	Não realizou acompanhamento
U5	AVE no domicílio	Não realizou acompanhamento
C1	AVE no domicílio	Óbito
C2	AVE no domicílio	Internação domiciliar e óbito
C3	AVE em outro município	Óbito

Fonte: Entrevistas realizadas no processo metodológico.

Identifica-se que os usuários parecem desprovidos de informação e atenção, uma vez que a adoção das linhas de cuidado na organização do processo de trabalho sanitário pressupõe o vínculo das equipes de saúde com a população da região e com a atuação no sistema de redes interligadas. Para isso, é imprescindível o apoio e o investimento dos gestores em processos de gerenciamentos coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de corresponsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar. Ainda, em uma rede, ações e serviços de saúde também pressupõem conexões e comunicações. O funcionamento de cada uma dessas redes é fundamental para desempenho do SUS (CECÍLIO, 2009).

O consumo de ações dos serviços de saúde difere do consumo de serviços em geral, pois, nele, o usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, em função de ser desprovido de conhecimentos técnicos e por não deter as informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir (MALTA et al., 2004). Como pode ser observado, a ausência de informação e de planejamento das ações põem em risco as equipes de saúde e os usuários, pois estes dois grupos encontram-se desorientados, obrigados a recorrer a

caminhos mais tortuosos, perdendo seu referencial de ser humano. Dessa forma, a incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção constitui um problema para os serviços, envolvendo, em sua resolutividade, estratégias que abrangem a implantação das redes de atenção à saúde (RASs).

As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2010). Conforme Dias et al. (2009), a APS fundamenta-se em métodos e tecnologias simplificadas, disponibilizadas ao alcance universal da população como primeiro nível de contato com o sistema de saúde, promovendo os cuidados, o mais próximo possível, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido, evidencia-se a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo, que traduz, no indivíduo, sua autonomia e emancipação para cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO et al., 2007). No entanto, diante do atual modelo de atenção à saúde do município deste estudo, a implantação e o desenvolvimento da linha de cuidado do AVE parece ser uma inovação. A precariedade da assistência e a ausência do planejamento dos serviços de saúde oferecem riscos aos usuários, à comunidade e à sociedade em geral, pois não há integralidade sem a constituição de redes ou sem a linha de cuidado para o alcance da transversalidade.

3.2. Tecnologias duras

A atenção à saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias: tecnologias duras – os equipamentos e os medicamentos –; tecnologias leveduras – os saberes científicos da clínica e da epidemiologia –; tecnologias leves – as tecnologias relacionais, por meio das quais se produz o cuidado, como a escuta, o vínculo, a responsabilização, a singularização, entre outros (FEUERWERKER; CECILIO, 2007).

A tecnologia não poder ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que permeiam o cuidado em saúde, contribuindo para a construção e implementação do conhecimento, bem como para as relações entre os sujeitos, para o modo como ocorre o cuidado em saúde – compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA et al., 2008). Percebe-se, na rede de atenção à saúde do usuário acometido por AVE, desse município, a ausência do referido encontro das tecnologias envolvidas no processo de trabalho, revelando a existência de lacunas no percurso assistencial, já que a intersetorialidade e o diálogo entre os níveis de atenção à saúde constituem as premissas para a efetivação da integralidade do cuidado.

Dentre os entrevistados, cinco usuários e três cuidadores relataram ter buscado primeiro atendimento no hospital de referência, por se tratar de uma emergência.

Quadro 2 – Centralização do cuidado

Entrevistado	Referência a Tecnologias Duras
U1	“Ali fui bem atendido, a gente fica ali, é onde a gente procura o recurso primeiro”. “Estou fazendo exame e sendo tratado ali ainda”.
U2	“Eu tinha ido coletar sangue no postinho, para saber daquele vômito que tinha, fui baixar hospital para descobrirem bem o que era”.
U3	“Tinha que manter acompanhamento em relação ao sangue; mas faz tempo que eu não vou”.
U4	“Eu ia ao postinho só porque eu queria os atestados para me aposentar”. “Ele me deu alta lá em Porto Alegre. E me disse: caso a senhora sentir alguma coisa, a senhora procura o hospital, que eles encaminham para nós aqui”.
U5	“Fui eu quem pegou ela e levou ao pronto atendimento do hospital”.
C1	“Foi para a universidade direto”.
C2	“Sempre ali”. (Referindo-se ao acompanhamento de saúde após a alta hospitalar)
C3	“Nós tivemos dois dias em Santa Cruz, daí viemos com o SAMU, de Santa Cruz para cá. Fizeram contato com o hospital aqui, estavam esperando ele, porque era um caso de emergência, era vida ou morte. Tanto que foi morte. E, ainda aqui, demoraram a receber”.

Fonte: Entrevistas realizadas no processo metodológico.

Como é observado no Quadro 2, os usuários relatam uma maior segurança e credibilidade quando se encontram no âmbito hospitalar, no qual prevalece o uso de tecnologias de maior densidade na execução do cuidado, e isso demonstra a fragmentação da rede assistencial na percepção dos entrevistados. Conforme a diretriz de hierarquização do SUS, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatórios especializados e de maior complexidade devem ser referenciados pelas portas de entrada, mas o que acontece na realidade dos serviços é o caminho inverso, pois o acesso ao serviço de saúde, no contexto deste estudo, acontece no serviço de urgência e emergência disponibilizado por um hospital universitário.

O que instiga os usuários a se centralizarem na atenção hospitalar, já que a integralidade do cuidado em saúde deve começar pela organização dos processos

de trabalho na atenção básica? Segundo Feuerwerker e Cecilio (2007), a institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a intensa incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais-usuários. Em uma perspectiva de linha de cuidado do AVE, no município em questão, falhas no acolhimento e vínculo, inexistência do cuidado integral, ausência de ações de prevenção e promoção de saúde, e ausência de responsabilização de todos os envolvidos no processo assistencial – gestores, profissionais, usuários e cuidadores – desencadeiam uma série de consequências que agravam o quadro da saúde do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Representando um problema de saúde pública, o Acidente Vascular Encefálico, continuará sendo umas das principais causas de morte no Brasil e no mundo, se não houver a gestão eficiente das políticas públicas de saúde, garantindo o acesso aos serviços e o acompanhamento efetivo dos fatores de risco associados à doença.

“O AVE é um dano à totalidade da existência, não é apenas o braço e a perna sem força. Não é uma parte que está doente, mas a vida que adocece em várias dimensões: em relação a si mesmo, à sociedade, e com o sentido global da vida” (MENEZES et al., 2010, p.347).

Para atender ao objetivo deste estudo – analisar o percurso da linha de cuidado do AVE na perspectiva dos usuários e cuidadores de um município da

região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil – foi necessário examinar as limitações do percurso assistencial que marcam o cenário da atenção à saúde no contexto desses grupos. O estudo demonstrou a inexistência da linha de cuidado na perspectiva dos usuários/cuidadores devido à ausência do acompanhamento de saúde após a transferência de um nível assistencial para outro. Os resultados obtidos através da categorização não *a priori* trouxeram informações relevantes e essenciais para a reflexão sobre a percepção dos 8 (oito) entrevistados acerca da linha de cuidado.

Em relação à primeira categoria, “linha de cuidado”, identificou-se sua inexistência, devido às lacunas na rede de atenção, como gestão ineficiente, desconhecimento dos princípios que regem o SUS, inoperância na atenção básica, entre outros fatores relacionados à gestão do cuidado. Os usuários relatam a ausência do acompanhamento de saúde após a transferência hospitalar e a centralização da atenção na alta complexidade, apresentando tendências a subvalorizar a atenção primária, impedindo-os de estabelecer qualquer tipo de vínculo.

As dificuldades encontradas pelos usuários e cuidadores na execução dos cuidados e na busca pelos serviços de saúde, no contexto do AVE, exigem um diferencial das equipes, as quais necessitam de uma estrutura com assistências multiprofissionais, visando à integralidade da atenção. O trabalho em equipe, nesse sentido, abre-se para a interdisciplinaridade e para o fato de que somente com a integração de vários saberes será possível se aproximar da multidimensionalidade de cada sujeito e do contexto em que ele está inserido, bem como das formas de expressão de suas demandas (BALDISSEROTTO et al., 2006).

Em relação às “tecnologias duras”, evidenciou-se, na perspectiva dos

usuários/cuidadores, a relação de dependência que estes apresentam com a atenção à saúde na alta complexidade, na qual demonstraram maior confiabilidade e segurança, principalmente por estarem cercados de maior densidade tecnológica. Os serviços de saúde necessitariam ser acessados através da atenção primária, por meio de ações de promoção e prevenção dos agravos; porém se identificou, neste estudo, a precariedade dessas ações, não havendo disponibilidade para alavancar novas perspectivas de gestão do cuidado. Com a assistência tradicional, os serviços de urgência e emergência mantêm-se saturados, formando um círculo vicioso, que provoca uma sucessão de falhas no processo de cuidado e o desvio do foco do sujeito para a doença.

Do ponto de vista da Odontologia, compondo um dos cinco núcleos profissionais participantes deste estudo, entende-se que a atenção odontológica aos usuários acometidos por AVE interfere significativamente na qualidade de vida, durante o período de internação e após a transferência hospitalar, pois, neste período, estimula-se o hábito saudável da higiene bucal, e, assim, as complicações decorrentes da má condição bucal são minimizadas. Para Campos et al. (2009), devido aos prejuízos cognitivos e motores decorrentes do AVE, a saúde bucal pode ser comprometida por halitose, disfagia, higiene oral deficiente e armazenamento de comida no lado afetado.

Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista tem como propósito proteger a saúde da população de numerosos riscos reais ou potenciais e promover os meios necessários para garantir a segurança sanitária nos ambientes onde está inserida. Presume-se que a atuação deste profissional no contexto hospitalar ainda é um grande desafio, pois, conforme a experiência vivenciada nos dois anos de residência multiprofissional, notou-se o pouco comprometimento dos profissionais do serviço

em reconhecer a atuação do odontólogo, dificultando-a, bem como a ausência de uma rede de atenção à saúde bucal efetiva e organizada no município, prejudicando os encaminhamentos e a continuidade da assistência.

Na perspectiva dos usuários acometidos por AVE, foco deste estudo, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, os quais primam por tecnologias inovadoras, com descentralização do modelo biomédico. Entende-se que a organização da linha de cuidado do AVE, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, deve ser realizada pelas Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, as quais têm a responsabilidade sobre o cuidado no âmbito primário, estruturando o fluxo e garantindo o acesso aos outros níveis de assistência.

Diante dessa perspectiva, optou-se em realizar este estudo do âmbito hospitalar para o domicílio, buscando entender o acesso do usuário e o modo como sua transferência era processada. Os resultados evidenciaram a fragmentação e a desorganização de um serviço que não apresenta construção, nem regras e é regido por questões partidárias e políticas, imperando a lei do mais forte.

Os atores responsáveis pela efetivação deste processo parecem indisponíveis para condescender ações que impactem positivamente na construção da linha de cuidado do AVE, na organização e no funcionamento dos fluxos assistenciais. No entanto, mesmo diante desse caótico assistencialismo, a equipe de residentes multiprofissionais que compôs este estudo buscou fomentar um pensamento crítico-reflexivo em relação à construção da linha de cuidado do AVE, com o intuito de contemplar a lógica de planejamento integrado, dotado de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, na tentativa de garantir o acesso dos

usuários acometidos por AVE aos diversos níveis de assistência, otimizando suas condições de saúde e os recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A Luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**. Campinas, n.109, de 2009. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582>. Acesso em: 12 de maio de 2013.

BALDISSEROTTO, J. et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios 70058**. p. 355-373, 2006.

BRASIL, Constituição. **Constituição da república Federativa do Brasil**. (1988).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf. Acesso em 04 de janeiro de 2013.

CAMPOS, C. C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. 2ª ed. Goiânia: Universidade Federal de Goiânia, 2009.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULLER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2009; 55(4): 379-388.

CAVALCANTE, T. F.; et al. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 18, n.4, 2010.

CECÍLIO, L.C.O. Gênero e estudos organizacionais: apontamentos para os futuros estudos. **Ciência e Saúde Coletiva** (online). v.14, nº4, 2009.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.14, n.6, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, n.4, 2007.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.04, 2008.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. v. 20, n. 4, 2011.

MACHADO, M. F. A. S., et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, n.2, 2007.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, n.2, 2004.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010.

MENEZES, J. N. R. de; et al. Repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral no contexto da família de baixa renda. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 23, n. 4, p. 343-348, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. 2005.

RIBEIRO, A. G. ; COSTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, n.1, 2012.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n.1, 2008.

SILVA, S. F. D. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n.6, 2011.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, 2008.

ANEXO

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

Serão aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês. A folha de rosto deve conter o título do trabalho, nome, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal.

O artigo deve conter título do trabalho em português, título em inglês, resumo e abstract, com palavras-chave e key words. As informações constantes na folha de rosto não devem aparecer no artigo. Sugere-se que o artigo seja dividido em subitens. Os artigos serão submetidos a no mínimo dois pareceristas, membros do Conselho Científico dos Cadernos ou a pareceristas ad hoc. O Conselho Editorial do CSC enviará uma carta resposta informando da aceitação ou não do trabalho.

A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

Formatação: Os trabalhos devem estar formatados em folha A4, espaço duplo, fonte Arial 12, com margens: esq. 3,0 cm, dir. 2,0 cm, sup. e inf. 2,5 cm. O título deve vir em negrito; palavras estrangeiras, e o que se quiser destacar, devem vir em itálico; as citações literais, com menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências. Todas as páginas devem estar numeradas.

Ilustrações: o número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser mínimo (em um máximo de 5 por artigo, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto).

Tabelas: Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos

horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

Figuras: As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.

As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal (de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (Abstract); O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho. Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Agradecimentos: As pessoas que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria, assim como instituições que apoiaram o trabalho podem ser mencionados, desde que deem permissão expressa para isto (Documento de responsabilidade pelos agradecimentos).

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:

Artigos originais: artigos resultantes de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, ou ensaios teóricos; máximo de 4.000 palavras.

Revisão: revisão bibliográfica crítica sobre um tema específico; máximo de 4.000 palavras.

Debate: artigo teórico acompanhado de opiniões proferidas por autores de diferentes instituições, a convite do Editor; máximo de 6.000 palavras

Notas: relato de resultados preliminares ou parciais de pesquisas em andamento; máximo de 1.200 palavras.

Opiniões: opiniões sobre temas ligados à área da Saúde Coletiva, de responsabilidade dos autores, não necessariamente refletindo a opinião dos editores; máximo 1.800 palavras.

Cartas: devem ser curtas, com críticas a artigos publicados em números anteriores; máximo de 1.200 palavras.

Resenhas: resenhas críticas de livros ligados à Saúde Coletiva; máximo de 1.200 palavras.

Teses: resumo de trabalho final de Mestrado, Doutorado ou Livre-Docência, que tenham sido defendidos nos últimos dois anos; devem incluir o nome do orientador, instituição, ano de conclusão, palavras-chave, título em inglês, abstract e key words; máximo de 1.200 palavras.

Ensaio clínico

Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínico a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

Envio de manuscritos

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