

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE**

**GISELE WILLRICH NARCISO AGOSTINI**

**LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E REINSERÇÃO SOCIAL:  
ESTUDO DA PRÁTICA NOS SERVIÇOS DA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA SERRA  
CATARINENSE**

**LAGES-SC, 2015**



**GISELE WILLRICH NARCISO AGOSTINI**

**LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E REINserÇÃO SOCIAL:  
ESTUDO DA PRÁTICA NOS SERVIÇOS DA REDE DE  
ATENÇÃO Á SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA SERRA  
CATARINENSE**

Dissertação de Mestrado apresentada  
como requisito para obtenção do  
título de Mestre no Programa de  
Pós-Graduação em Ambiente e  
Saúde da Universidade do Planalto  
Catarinense – UNIPLAC.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria  
Conceição de Oliveira

**Co-orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anelise  
Viapiana Masiero

**LAGES-SC, 2015**

### Ficha Catalográfica

Agostini, Gisele Willrich Narciso.  
A2751 Lesão encefálica adquirida e reinserção social: estudo da prática nos serviços da rede de atenção à saúde em um município da serra catarinense / Gisele Willrich Narciso Agostini.- - Lages (SC), 2015.  
92 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense.  
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.  
Orientadora: Maria Conceição de Oliveira.  
Coorientadora: Anelise Viapiana Masiero.

1. Reabilitação. 2. Traumatismos encefálicos. 3. Atenção à saúde. I. Oliveira, Maria Conceição de. II. Masiero, Anelise Viapiana.  
III. Título.

CDD 610.072  
5814



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM AMBIENTE E SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO**

**“Lesão Encefálica Adquirida e Reinserção Social: Estudo da Prática no Serviços da Rede de  
Atenção em Saúde em um Município da Serra Catarinense”**

Dissertação submetida ao colegiado do  
Programa de Pós-Graduação *Stricto  
Sensu* em Ambiente e Saúde – Mestrado  
Acadêmico em cumprimento parcial  
para a obtenção do título de Mestre em  
Ambiente e Saúde, na Linha de  
Pesquisa Ambiente, Sociedade e Saúde.

**APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 24/04/2015.**

Profª. Dra. Maria Conceição de Oliveira (Orientadora)

Profª. Dra. Anelise Viapiana Masiero (Coorientadora)

Profª. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche: (Examinadora Externa – UDESC)

Profª. Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel (Examinadora PPGAS/UNIPLAC)

Profª. Dra. Bruna Fernanda da Silva (Examinadora PPGAS/UNIPLAC Suplente)

Profª. Dra. Ana Emilia Siegloch

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde

**Ana Emilia Siegloch**  
Coord. PPGAS  
Mestrado em Ambiente  
e Saúde - UNIPLAC

Gisele Willrich Narciso Agostini  
Lages, Santa Catarina, abril de 2015.



*Ao Meu Marido e Minha Pequena  
Amada Filha que entenderam os  
momentos despendidos neste estudo.*





## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a oportunidade de tecer este trabalho.

Ele tornou-se realidade graças ao ponto de partida da Tia Neca, a quem agradeço profundamente por ter me instigado a entrar no mundo da pesquisa, pelo incentivo e pelas preciosas sugestões.

Organizar uma dissertação é um investimento pessoal intenso, portanto, agradeço aos meus pais pelo apoio e ensinamentos que foram fundamentais para minha evolução acadêmica.

À minha Orientadora, Dra. Maria Conceição de Oliveira, que acreditou no meu desempenho e me inspirou - com seu entusiasmo e exigência - a organizar esta pesquisa. E agradeço a ela também por suas palavras: “Ora e Labora- Diziam os Alquimistas”.

Às minhas amigas, pelas palavras de conforto e pelo apoio. E, em especial, ao meu marido Fábio - pelo apoio mútuo – e à minha filha, Cecília, pela compreensão da minha ausência.



*“[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeira instância, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004).*

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.*

*Albert Einstein.*



## RESUMO

Esta dissertação analisou a percepção de profissionais e gestores acerca da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos processos de reabilitação e reinserção de pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA). Considera-se que existe uma lacuna de estudos no Brasil que evidenciem como ocorre o processo de construção da Rede de Atenção à Saúde para o agravo de LEA. Partindo do princípio da integralidade em saúde, no sentido de possibilitar uma atuação das RAS mais contextualizadas e resolutivas, neste trabalho buscou-se identificar e descrever como são construídas as linhas de cuidado na RAS aos pacientes portadores de LEA. O objetivo geral foi investigar a rede de atenção à saúde um município da região serrana de Santa Catarina, quanto ao cuidado reabilitador de portadores de LEA. A investigação foi realizada por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando como coleta de dados à técnica grupo focal e entrevistas semiestruturadas junto a profissionais dos vários níveis da rede de saúde, como gestores e servidores técnicos do município. O trabalho analisou a perspectiva da linha de cuidado, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e do processo reabilitador. Para tanto, foram definidas categorias analíticas que permitissem abordar elementos importantes desta prática interdisciplinar. De modo geral, os resultados revelaram que as linhas de cuidado, a exemplo da Lesão Encefálica Adquirida, pela sua magnitude demandam novas atuações tanto nos projetos terapêuticos como na estrutura dos serviços oferecidos. Discute-se a necessidade de políticas de promoção que articulem ações e integrem intervenções que venham ao encontro da realidade da Região Serrana.

**Palavras-chave:** Reabilitação; Lesão Encefálica Adquirida; Rede de Atenção à Saúde.

## **ABSTRACT**

This dissertation analyzed the perceptions of professionals and managers about the Health Care Network (SAN) and the rehabilitation and reintegration of people with Acquired Brain Injury (LEA). It is considered that there is a lack of studies in Brazil that demonstrate how is the process of construction of the Health Care Network for the LEA to grievance. Assuming completeness of health in order to enable a more contextualized actions of RAS and resolving, this study sought to identify and describe how they are built on the lines of care to patients with RAS LEA. The overall objective was to investigate the network of health care a municipality in the mountainous region of Santa Catarina, as the rehabilitative care of patients with LEA. The research was conducted through a qualitative approach, using as data collection technical focus group and semi-structured interviews with professionals from various levels of the health system, such as managers and technicians of the municipality servers. The study analyzed the perspective of the type of care, access to available care resources in addition to the action on the social determinants and the rehabilitation process. Therefore, analytical categories were defined that would allow addressing important elements of this interdisciplinary practice. Overall, the results revealed that the care lines, such as the Brain Injury Acquired by their magnitude demand new performances both in therapeutic projects as the structure of the services offered. It discusses the need to promote policies that link actions and integrate interventions that meet the reality of the mountainous region.

**Keywords:** Rehabilitation; Acquired Brain Injury; Health Care Network

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Manifestações cognitivas, linguísticas e comportamentais* após o Lesão Encefálica Adquirida de acordo com Brasil (2013).....	28
Quadro 2 - Legislação pertinente as políticas públicas vigentes na Rede de Atenção à Saúde – RAS. ....	40





## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AB** - Atenção Básica  
**AD** - Atenção ou Assistência Domiciliar  
**AVE** - Acidente Vascular Encefálico  
**CER** - Centro Especializado de Reabilitação  
**DATASUS** - Departamento de Informática do SUS  
**FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz  
**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**LEA** - Lesão Encefálica Adquirida  
**OMS** - Organização Mundial da Saúde  
**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde  
**RAS** - Rede de Atenção à Saúde  
**MS** - Ministério da Saúde  
**NASF** - Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família  
**PA** - Pronto Atendimento  
**SNC** - Sistema Nervoso Central  
**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**TCE** - Traumatismo Crânio Encefálico  
**UBS** - Unidade Básica de Saúde  
**UNIPLAC** – Universidade do Planalto Catarinense



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	21
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
1.1. REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL.....	26
1.1.1. Reabilitação Neuropsicológica.....	30
1.1.2. O Processo de Mudança da Saúde no Brasil e a Interdisciplinaridade.....	32
1.1.3. Rede de Atenção à Saúde .....	33
1.2. INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE.....	36
1.2.1. Coordenação dos Cuidados na RAS.....	37
1.2.2. Linha de Cuidado na Rede de Atenção.....	38
1.2.3. Organização do Atendimento Domiciliar.....	41
1.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	42
1.4. Caracterização do Estudo.....	42
1.4.1. Participantes da Pesquisa.....	43
1.4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão de Participantes .....	43
1.4.3. Entrevistas .....	44
1.4.4. Grupo Focal .....	44
1.4.5. Coleta e Registro de Dados .....	45
1.4.6. Entrevistas com Gestores.....	46
1.4.7. Grupos Focais.....	47
1.4.8. Análise de Dados.....	47
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
2.1. MANUSCRITO.....	48
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AOS GESTORES .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL COM SERVIDORES E FUNCIONÁRIOS:.....</b>	<b>86</b>

<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO B – TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO .....</b>	<b>90</b>

## INTRODUÇÃO

A Lesão Encefálica Adquirida – (LEA) remete a uma estreita ligação na causa de agravos neurológicos, caracterizados por comprometimentos cognitivos, sociais e profissionais (Gomez 2012). Percebe-se que esses agravos levam o indivíduo a um alto custo socioeconômico onerando o sistema previdenciário tanto no custo financeiro governamental quanto na sua capacidade ativa de cidadão demonstrando fragilidades para recuperar sua funcionalidade laboral (Minayo, 2002). Nesse sentido, é de suma importância considerar as mudanças no perfil epidemiológico e na transição demográfica do brasileiro.

Do ponto de vista demográfico, devem ser analisadas as necessidades de saúde que o Brasil vive. De acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências, acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e ao acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL 2013a).

Para Mendes (2010), o aumento significativo do envelhecimento somado a um crescente incremento das condições crônicas afetam mais segmentos nesta faixa etária. Tal enfoque toma como base o conceito de condições crônicas de saúde, promovendo o cuidado de longa duração que exige (re)organização do sistema de saúde (GARNELO, 2014).

É sabido, que as doenças crônicas, envolvem determinantes do ambiente relacionados com estilo de vida, tais como: tabagismo, inatividade física, consumo abusivo de álcool, outras drogas e alimentação inadequada (DAUDT, 2013).

No Brasil, apesar de índices ainda preocupantes de doenças infecciosas, desnutrição, causas externas e condições maternas e perinatais, “as doenças crônicas representam em torno de 66% da carga de doenças” (GOULART, 2011, p.13). Para ilustrar esse cenário, basta imaginar os cuidados permanentes de pacientes que são acometidos pelas Lesões Cerebrais Adquiridas (LEAs). “Em geral, esses pacientes eram pessoas saudáveis, que levavam uma vida normal. O acidente cerebral aparece como uma quebra abrupta que interrompe o curso da vida do indivíduo e, provavelmente, ele se tornará um paciente crônico” (GOUVEIA, 2001 p. 295).

“O Acidente Vascular Encefálico (AVE), traumatismo crânio encefálico (TCE), as anóxias cerebrais e os tumores e as infecção do sistema nervoso central (SNC) formam um grupo de doenças que

acarretam as lesões encefálicas adquiridas (LEA)” (CARVALHO, 2008, p. 138). Para tanto, estudos indicam que cada etiologia se apresenta e evolui de maneira muito singular, afetando áreas específicas do cérebro causando sequelas que variam segundo a magnitude da lesão (Ceccato, 2005).

No entanto, o que chama atenção é que as comorbidades das pessoas com LEA, que de acordo com Sousa (2006), não se resumem em apenas dados de mortalidade e sim quando esses pacientes sobrevivem dos acometimentos externos permanecem na sua maioria um longo tempo com sequelas físicas e cognitivas.

Esse quadro revela um grande contingente de pessoas que procuram reabilitação, dessa forma comprometem a vida e a saúde causando diversos acometimentos cerebrais que causam principalmente prejuízos cognitivos e comportamentais.

Além disso, “o processo de retorno ao trabalho e da reinserção social pode ser um processo desafiador em indivíduos com lesão encefálica adquirida (LEA), os quais podem dificultar a execução de atividades profissionais e sócio-ocupacionais” (PRADE, 2012, p. 278). Nesse sentido, estudo aponta quando a reabilitação é bem articulada pela equipe, o bem estar emocional, a autonomia e o retorno a atividades sócio-ocupacionais aumentam a auto percepção do paciente (WEHMAN; TARGETT, 2005).

Assim, ampliar a reflexão acerca das intervenções em reabilitação, favorece a problematização da necessidade de se buscar ações mais efetivas. Destaca-se que

as ações em reabilitação profissional acontecem por meio de: avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento da programação profissional, articulação com a comunidade e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho (CANAL; CRUZ, 2013, p. 595).

No que se refere ao trauma, esse se tornou uma epidemia mundial e na região da Serra Catarinense, local onde o presente estudo foi realizado, o cenário é expressivo, pois, o percentual de óbitos por acidentes de transporte alcança a casa de 43,3% de todas as causas externas. Mortes por homicídios chegam a 19,3%. Chama atenção que observando os anos de 2010, 2011 e 2012 a curva permaneceu ascendente (DATASUS, 2013).

Ao contextualizar dados de morbidade hospitalar, o DATASUS em dezembro de 2014, aponta registros na Serra Catarinense no que diz respeito aos atendimentos de urgência relacionado as doenças do sistema nervoso totalizaram 17 casos. Ao buscar dados de permanência no mesmo período constatou que a média de permanência de internamento variam entre sete a 84 dias contínuos caracterizado pelo AVC isquêmico e outras doenças do sistema nervoso. As complexidades e a multifatorialidade dos prejuízos secundários às LEAs constituem um grande desafio às equipes de reabilitação.

Com vistas a esse cenário, foi formulado a partir de 2010 uma Política Pública no Brasil, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde preconizando por meio da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Sus) (BRASIL, 2012). Ainda no que se refere à criação dos Centros Especializado em Reabilitação (CER) e das novas Portarias do Ministério da Saúde, remetendo ao artigo 17 da PORTARIA Nº 835:

[...] atribui melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diante da presente portaria contemplando as políticas públicas, instiga-se a discutir como a rede de atenção à saúde (RAS) a partir da Atenção Básica vem estruturando o serviço de reabilitação para garantir melhor adesão e resolutividade dos portadores de LEAs.

Nesse sentido, o presente trabalho, **objetivou** compreender a percepção de profissionais e gestores acerca da rede de atenção à saúde e dos processos de reabilitação e reinserção de pessoas com LEA no município de Lages, S.C.

**Os objetivos específicos estão confluentes em:** **a)** identificar junto às equipes e aos gestores da rede de saúde como ocorre a Reabilitação na prática; **b)** identificar como ocorre a retaguarda ambulatorial para a assistência sequencial após a alta hospitalar dos indivíduos com LEA e **c)** verificar a existência de projeto metodológico

de protocolos e reorientação para intervir em programas que assumam a demanda reabilitadora nos pacientes portadores de LEA.

É devido à importância desse agravamento em termos de saúde pública, que se considera relevante a Rede de Atenção à Saúde quanto à da linha de cuidado das pessoas com LEA quanto a sua reabilitação e reinserção social, ou seja, através do melhor aproveitamento das funções preservadas ou parcialmente preservadas.

**Justifica-se**, portanto a necessidade de analisar como está estruturada a RAS quanto as atividades reabilitadoras e da reinserção social a portadores de LEA e problematizar novas condutas à serem pensadas com esta relevância social. Propõe-se, por meio de análise da RAS em Lages, cidade de médio porte na região da Serra Catarinense, fomentar a reabilitação e a reinserção social de portadores da LEA.

Nesse sentido, acredita-se que as devoluções desse estudo possam ocorrer contemplando os serviços de saúde de toda esfera por meio de oficinas, educação permanente e trocas de experiências interdisciplinares constituindo como uma ferramenta importante, porém ainda muito desafiadora na Rede de Saúde. Considera ainda, agregar não só resultados e indicadores de políticas públicas, mas também sensibilizar o cuidado longitudinal como valor de direito, não reduzindo a um procedimento técnico simplificado pelo sistema de saúde, mas sim como uma ação integral.

Diante disso, esse estudo pretende buscar respostas à seguinte questão: **Como ocorre os processos de reabilitação e a reinserção social na Rede de Saúde no município de Lages, S.C., em pacientes portadores da Lesão Encefálica Adquirida?**

Considerando o que foi o exposto, percebe-se que a prática integradora e assistencial nem sempre é priorizada na rede de atenção a saúde. Nesse momento, minha experiência profissional na área da neuropsicologia, faz-se considerar o significado de “reabilitar” é um contexto mais amplo, quando se depara com a experiência vivida na clínica. Visto que as intervenções de reabilitação que ocorrem na Região Serrana pertencem quase que exclusivamente ao setor privado ou conveniado. E o incremento financeiro não se mostram ainda suficientes para a legitimar as portarias e programas na Rede de Saúde no município de Lages.

Diante desse cenário, a motivação desse trabalho remete a experiências vividas na reabilitação neuropsicológica clínica de pacientes que foram acometidos pela Lesão Encefálica Adquirida. Porém, a práxis da reabilitação neuropsicológica torna-se limitada na



interação com outras especialidades consequentemente a intervenção nestes casos ocorre também de maneira fragmentada (GOMEZ, 2012).

Nesse momento, é importante considerar o campo da interdisciplinaridade, no qual o usuário apresenta demandas que se expressam de diferentes especificidades e deficiências demandando novas reflexões intervenções para o acesso a saúde integral.

Para promover a reflexão desse objeto de pesquisa se faz necessário o “olhar interdisciplinar” no campo da saúde, com enfoque de debater os problemas vivenciados, trocas de experiências e também propiciar ações de saúde na comunidade (MANOEL, 2012).

Reitera-se que não restam dúvidas quanto à importância atribuídas a interdisciplinaridade como eixo norteador na busca de respostas por profissionais no campo da saúde. Entende-se interdisciplinaridade como fio condutor para o cuidado integral do portador de LEA. Pois este quadro denota, o cuidado continuado, prolongado e alterna-se pela sua recorrência ou frequência.

A construção de conhecimentos no sistema assistencial – no qual existe uma lacuna em nível nacional e na Região Serrana em termos de atividades reabilitadoras a pacientes portadores de LEA – emerge da prática refletida no cenário real dos pacientes portadores de LEAs.

Ao tratar sobre lacunas, respalda-se o estudo de Silva (2011), quando o autor afirma que é condição indispensável superar as lacunas assistenciais para promover a continuidade do cuidado à saúde.

Nessa linha de pensamento, o Ministério da Saúde (2003), reconhece a existência dessa lacuna especificamente nos cursos de graduação e indica que profissionais que assumem a demanda nos ESF, estão ainda compartimentalizado no modelo de atenção à saúde vigente.

O presente estudo compõe-se de uma fundamentação teórica que contextualiza as mudanças da saúde no Brasil e a interdisciplinaridade, além de abordar o conceito Rede de Atenção à Saúde (RAS), a RAS baseada na população, a estrutura operacional, o modelo de atenção à saúde, a integralidade do cuidado com a saúde, a coordenação dos cuidados na RAS, as linhas de cuidado na rede de atenção às urgências, a organização do atendimento domiciliar, a reabilitação e a reinserção social.

Em seguida são abordados os procedimentos metodológicos da pesquisa e os resultados e discussão foram redigidos em formato de artigo científico, intitulado “Portadores de lesão encefálica adquirida e reinserção social: estudo da prática nos serviços da Rede de Saúde no município de Lages-SC”.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente trabalho fundamenta-se em entender conceitos da interdisciplinaridade, a estruturação da rede de atenção à saúde (RAS), linhas de cuidado ao trauma e Acidente Vascular Cerebral (AVC), portarias e emendas vigentes ao cuidado de LEAs e os programas Melhor em Casa e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

### 1.1. REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL

Visando a reabilitação e reinserção social, quando se depara com as diversidades culturais e as demandas sociais são problemas mais comuns a serem enfrentados pelo paciente com LEA. (GOMEZ, 2012, p. 284) indica que, “tais distúrbios podem aparecer como efeito de pobre julgamento social, controle emocional, planejamento, insight e habilidades sociais”. E Kennedy et al, (2002) afirma que podem ocorrer independentemente da gravidade da lesão.

Como visto, as LEAs causam uma quebra abrupta na vida das pessoas necessitando de mudanças comportamentais tanto do paciente como o cuidador familiar. Nesse sentido, surge algumas alterações neurocomportamentais, a fadiga mental é um sintoma comum depois da lesão cerebral, o que difere nas atividades laborais e no contexto social (NORRIE et al, 2010).

Para pessoas com agravo neurológico grave frequentemente apresentam déficits cognitivos significativos e a capacidade de auto percepção, torna-se diminuída, em tais casos interferem na capacidade de aderir a reabilitação e retorno ao trabalho (PODELL *et al.*, 2010).

Em contrapartida, as disfunções avaliadas por portadores que sofreram lesão encefálica leve não podem generalizar agravos permanentes, porém, em alguns casos, ocorrem queixas para retomar as atividades funcionais que praticavam antes do trauma (LEZAK et al, 2004). Independente da complexidade envolvida na lesão, considera a limitação funcional a carga de cuidados para a incapacidade da função cognitiva atingida comprometendo a prática diária (BENVEGNU, 2009).

Com base nesses aspectos, a reabilitação neuropsicológica pode contribuir nas intervenções do indivíduo no ambiente social, as quais abraçam o tratamento das disfunções cognitivas e comportamentais. Proporcionando a capacidade de compensar as funções cognitivas deficitárias (CORREA, 2009).

De maneira resumida no Quadro 1 apresentam-se as principais manifestações que correspondem comprometimento envolvendo as funções cognitivas, a linguagem e comportamento. Tais disfunções podem ser encontradas em indivíduos que sofreram alguma lesão adquirida (BRASIL, 2013).

Entre os casos de lesão cerebral adquirida, os autores Bolognani e Fabrício (2006) mencionam que, quando os portadores e familiares se deparam com a capacidade limitante das sequelas na vida diária, neste momento as disfunções cognitivas e comportamentais são mais percebidas do que as físicas. Para Bogan e Livingston (1997), indicam que apesar do esforço na reabilitação, o número de pacientes que conseguem sucesso na reinserção social e profissional ainda é reduzido.

Quadro 1 - Manifestações cognitivas, linguísticas e comportamentais\* após o Lesão Encefálica Adquirida de acordo com Brasil (2013).

FUNÇÕES	ALTERAÇÕES
Cognitiva	Atenção Memória Funções executivas Dificuldade de organização Dificuldade de raciocínio lógico-abstrato Dificuldade de resolução de problemas Dificuldade de tomada de decisão Dificuldade de realizar auto monitoramento Velocidade de processamento reduzida
Linguística	Anomia (dificuldade de “lembrar” as palavras que quer dizer) Dificuldade de compreender a fala ou o que lê (piora com aumento da extensão e complexidade) Dificuldades de elaborar narrativas Discurso oral ou escrito vago, tangencial ou desorganizado Dificuldade em criar ou modificar a temática de uma conversa Produção de comentários irrelevantes ou indiscretos Duração excessiva dos turnos de fala (fala sem considerar o interlocutor) Dificuldade de adequar sua fala ao contexto comunicativo (ao interlocutor ou à situação) Dificuldades na compreensão e na elaboração de mensagens não literais

	(metáforas, provérbios, ditos populares, mensagens com duplo sentido, ironia Dificuldade de realizar inferências
Emocional/Comportamental	Depressão Ansiedade Embotamento afetivo e/ou labilidade emocional Impulsividade ou desinibição Apatia Falta de iniciativa Irritabilidade Agressividade Perseveração Distúrbio do sono Agitação Baixo limiar de frustração Problemas na área sexual

Fonte: Adaptado pela autora, (BRASIL, 2013). De maneira geral, demonstram-se apenas as principais funções cognitivas e alterações.

### 1.1.1. Reabilitação Neuropsicológica

A área de neuropsicologia cresceu de maneira relevante nas últimas duas décadas, juntamente com a psicologia cognitiva e a neurociência (NETO, 2014).

No que se refere à reabilitação, essa teve um início provável na Alemanha, de acordo com Pontes (2008), durante a Primeira Guerra Mundial, tendo surgido com o objetivo de auxiliar a recuperação de soldados sobreviventes de lesões cerebrais. Durante a Segunda Guerra Mundial, na União Soviética, Luria teve papel importante na reabilitação neuropsicológica, pois foi o responsável pela organização de um hospital para soldados com lesões cerebrais (NOMURA et al, 2000).

A reabilitação objetiva melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, otimizando o aproveitamento das funções total ou parcialmente preservadas por meio do ensino de “estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes”. O processo de reabilitação proporciona uma conscientização do paciente a respeito de suas capacidades remanescentes, o que leva a uma mudança na auto-observação e, possivelmente, uma aceitação de sua nova realidade (D’ALMEIDA et al, 2004, p. 4)

Wilson (1996), aponta diferenças nas intervenções quando utiliza-se reabilitação cognitiva e reabilitação neuropsicológica. Para a autora, reabilitação cognitiva visa “capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica” (WILSON, 1996, p. 314), mas foca-se principalmente na melhora das funções cognitivas por meio dos treinos cognitivos. Já a reabilitação neuropsicológica é mais ampla, pois, além de almejar tratar os déficits cognitivos, objetiva também tratar as alterações de comportamento e emocionais, proporcionando melhor funcionalidade ao paciente (WILSON, 2009). Diante disso, a reabilitação cognitiva é apenas um aspecto da reabilitação neuropsicológica e contempla ainda a psicoterapia, diante do ambiente terapêutico envolve condutas sugeridas aos familiares proporcionando melhorias dos pacientes (PONTES et al, 2008); (PRIGATANO, 1999).

O neuropsicólogo pode promover acomodações e adequações no ambiente social e profissional, “através do uso de recursos tanto de baixa quanto de alta tecnologia que permita maior acessibilidade e funcionalidade, os quais podem incluir modificação ambiental, adaptações físicas e reestruturação de atividades” (GOMEZ, 2012, p. 286).

Ainda contemplando a reabilitação, os autores Cicerone e Fraser (2000), atribuem a necessidade da intervenção da terapia ocupacional englobando os contextos do pacientes, podendo ofertar maior acessibilidade com recursos motores, visual e visuo-percepção, preparando os pacientes para maior assertividade tanto em casa quanto no trabalho.

Hamdan (2011) elucida que a intervenção em reabilitação constitui-se apenas como uma variável dentre várias patologias que influenciam o funcionamento da pessoa ao longo do tempo. Neste momento as pesquisas em reabilitação neuropsicológicas devem se expandir para “aprofundar e subsidiar as equipes interdisciplinares” (HAMDAN, 2011, p. 56).

O tratamento de LEAs na fase aguda, é apontado por Gomez (2012), quando destaca que nos últimos anos, no campo da neurociência, tem-se presenciado um crescente e notório interesse pela reabilitação neuropsicológica (RN) no Brasil, fato que, associado à alta prevalência de jovens adultos e vítimas da violência urbana e somada ao imenso contingente de indivíduos acometidos por patologias vasculares de encéfalo, compõe o cenário da LEAs.

A Organização Pan Americana da Saúde em (2007) indica que a mortalidade do AVC varia consideravelmente em relação ao grau de desenvolvimento socioeconômico. Estima-se que cerca de 85% do referido quadro ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento atingindo parcela economicamente ativa da população Yach et al (2004). Para Lessa (1999), esses dados analisados nos países em desenvolvimento tornam-se indicadores epidemiológicos de doenças cerebrovasculares.

Dessa forma, quando se trata de reabilitação considera-se que a neuroplasticidade tem se mostrado um grande fator no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC). “A neuroplasticidade é a capacidade dos neurônios modificar suas funções, seu perfil químico e sua estrutura, tendo papel fundamental na recuperação da lesão ocorrida no SNC” (ZILI, 2014, p. 318).

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Banco Mundial, em 2011, afirmam que mais de um bilhão de pessoas no mundo convivem com algum tipo de deficiência. Esta é considerada uma questão de direitos humanos, porque essas pessoas enfrentam desigualdades, por exemplo, quando não têm acesso igualitário aos serviços de saúde, educação, emprego ou participação política em função de sua deficiência (BRASIL, 2013, p. 7).

Diante do exposto, é inegável o impacto social, econômico e previdenciário de pessoas acometidas por LEAs. Com base em Hachinski et al (2010), torna-se necessário melhorias e adequações no espaço interdisciplinar de forma integrada visando preencher lacunas para atender paciente na sua integralidade.

#### 1.1.2. O Processo de Mudança da Saúde no Brasil e a Interdisciplinaridade

O processo de mudança da saúde foi historicamente marcado no Brasil com a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988 e desde então vem sendo ampliado no que diz respeito ao conceito saúde/doença e também por promover mudanças de paradigmas na assistência em saúde.

Atribui-se a mudanças significativas da constituição do SUS em diferentes instâncias como a Reforma Sanitária, que resultou em profundas transformações que quanto a proteção à saúde dos cidadãos. “Este entendimento do que venha a ser Reforma Sanitária permite aplicá-lo às diferentes realidades em que a política de saúde ganha destaque” (COHN, 1989, p. 129).

Tem sido buscadas tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma dupla dimensão, entre essas, a individual e coletiva (TEIXEIRA; VILLAS BOAS, 1998). A partir do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS (87-89) disponibilizam os serviços de saúde agir de maneira mais operacional, desencadeada e desenvolvida. Tal como proposto no temário da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

O SUDS propunha a “municipalização” dos serviços básicos de saúde, ou seja, que os



governos municipais passariam a gerenciar os serviços estaduais e receberiam recursos financeiros para custear parte de seus serviços próprios. Também neste caso a realidade de cada município determinou o grau de implantação da descentralização/integração, reproduzindo-se no nível dos municípios (PIMENTA, 1993 p. 33).

A respeito da interdisciplinaridade no campo da Saúde, Vilela e Mendes (2003, p 527) entendem como “uma necessidade intrínseca de referenciar as práticas interdisciplinares que integram saberes, possibilita a diversidade de olhares e permite o reconhecimento da complexidade dos fenômenos”. Os autores defendem que a interdisciplinaridade é o fio condutor que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões que preocupam a sociedade.

No que tange essa discussão, Pombo (2002), a importância de alinhar conceitos ao encontro interdisciplinar, deixou de ser pensado de forma linear no século passado.

Nesse sentido é preciso considerar a complexidade da área da saúde: tais como o tratamento dos problemas em saúde, a falta de comunicação entre os saberes e a operacionalização dos serviços.

Para tanto, Saupe (2005), coloca que após a consolidação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou elementos como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os programas de Educação Permanente (EP), que proporcionaram o repensar e a revitalização dos Projetos Pedagógicos (PP) e dos cursos de graduação.

Esse critério do (MS) foi entendido como um papel estratégico para ampliar a qualidade da atenção em saúde, mediante a sua articulação no processo de acolher, escutar e reconhecer o cuidado centrado no usuário.

A reflexão sobre trabalhar de forma compartilhada, ampliando a integração dos profissionais para a integralidade da Atenção à Saúde. Correlaciona-se nesta linha de pensamento a prevenção de doenças, vigilância e promoção da saúde e integralidade do cuidado, para abordar problemas complexos no âmbito da saúde, como é o caso das LEAs (FIGUEIREDO, 2012).

### 1.1.3. Rede de Atenção à Saúde

Para obter a integralidade do cuidado e a ampliação da comunicação entre os serviços em saúde, surgiu os fluxos de

atendimento em saúde definidos como RAS (FIGUEIREDO, 2012). Evidenciando para que a rede possa funcionar, a RAS estrutura a demanda como as pessoas adoecem e buscam respostas as suas necessidades em saúde.

A principal porta de entrada entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica. BRASIL (2011) considera que para seu funcionamento, a Unidade Básica de Saúde (UBS) está estruturada em atender a população atuando como foco principal ofertando práticas resolutivas nos atendimentos por meio das equipes multidisciplinares.

**A Rede de Atenção à Saúde (RAS)** é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009 *apud* FIGUEIREDO, 2013, p. 5).

As redes de atenção operam de forma cooperativa e interdependente e constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (Mendes 2010, p. 230). Na estrutura do SUS, todos esses aspectos estão presentes nas RAS. Dessa forma, a partir da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, as RAS são instituídas e passam a ter política própria de organização.

Mendes (2010) coloca a centralidade da RAS baseada na População, ou seja, na atenção básica, preconiza a necessidade do desenvolvimento de habilidades para a compreensão das necessidades de saúde de uma população específica. Diante da afirmação do autor, entende-se que a RAS deve ser capaz de identificar a população no âmbito do SUS em sua intersectorialidade envolvendo decisões a nível local.

No que se refere à Estrutura Operacional, de acordo com Starfield e Shi (2002), é um constructo de funcionamento das redes de atenção à saúde. Caracterizada neste estudo os seguintes pontos de atenção das redes que integram esses diferentes serviços, tais como: a) Porta Principal: unidade básica de saúde, atenção domiciliar, etc; b) Ponto Secundário: UPA e c) Ponto terciário: hospital e ambulatórios.

Nesse sentido, a estrutura operacional se torna mais adequada por se organizar a partir das necessidades de saúde da população do seguinte modo: a) mais efetivos porque busca a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia<sup>1</sup> das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; b) mais eficientes por que apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; c) mais equitativos por que discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; d) maior qualidade por que coloca ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (OMS, 2008, p. 43)

Nota-se que essa definição vem ao encontro de ações preventivas como assistenciais, garantindo o acesso dos serviços desde a porta principal à alta complexidade e não se refere somente a níveis de saberes e práticas diferenciadas e sim pela singularidade que o usuário busca na RAS.

E quanto ao modelo de atenção à saúde o terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2010), refere-se aos sistemas que organizam o funcionamento das RAS.

[...] um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações (grupos) estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da

---

<sup>1</sup> A hegemonia é a capacidade revelada por um ou mais grupos sociais de dirigir outros grupos sociais através do consentimento. Tornar-se hegemônico significa conseguir uma posição de supremacia na sociedade, passando a dominá-la através da força, das instituições do Estado e do governo político. FEUERWERKER (2005).

saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p. 209).

Traduzindo para as práticas em saúde, nota-se que o modelo de atenção à saúde, acompanha o curso de diversos aspectos: como indicadores epidemiológicos, prestação de serviço em diferentes momentos, que caracterizam como foco, a exemplo, Estratégia da Saúde da Família (ESF).

## 1.2. INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE

Pinheiro e Mattos, (2001) remetem que no artigo 198 da Constituição de 1988 que o SUS, embora não mencione sobre a terminologia de integralidade, o mesmo prioriza o “atendimento integral, com atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Esta constituição se tornou conhecida como a constituição cidadã e tem reconhecimento na história do Brasil como marco da inclusão social.

Em 1988, a Constituição Brasileira estabeleceu o seguinte lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, a todo o brasileiro é garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 1991).

A integralidade na Atenção Básica constitui-se em um conjunto de ações que possibilitam a intervenção sobre o processo de saúde e doença. Santana e Carmagnani (2001) afirmam que as dimensões da epidemiologia, redefinem as práticas em saúde, garantindo a integralidade do cuidado.

Santos e orgs. (2008), corroboram que a integralidade da atenção é evidenciada como uma questão prática imediata. O que se torna especialmente desejável no âmbito do SUS é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade de vida/saúde e não apenas medicalizando as demandas da população. Os autores afirmam que no modelo vigente no país, ainda predomina o caráter curativo, ou seja, centra-se na figura do médico, voltando-se mais para a doença.

Esse modelo evidencia a fragmentação na atuação dos profissionais/ trabalhadores de saúde, em alguns casos, precarizando as relações de trabalho oferecido no que diz respeito à demanda de LEAs (LANZA et al, 2012).

Apesar de profissionais obterem conhecimento das consequências de LEAs, isso não garante o benefício de pacientes e familiares. Entendendo que a família se constitui a principal cuidadora requerendo acompanhamento dessa condição crônica (MENDES, 2011).

Para tanto, Wilson e Gracey, (2009) independente do conhecimento do profissional e das portarias vigentes, estimam-se que não há um modelo, suficiente para lidar com a complexidade enfrentadas pelas pessoas após uma lesão encefálica. De maneira geral, a entrada dos serviços prestados a esses portadores se dá por três vias:

1º Rede Hospitalar: chegada do paciente nas fases agudas com complicações que dão características às lesões cerebrais; 2º CAIS/Central de Marcação de Consulta do SUS: Encaminhamento dos pacientes para diferentes unidades do sistema. 3º Encaminhamentos Médicos: podendo ser por meio de convênios de saúde ou particulares. (GOMEZ, 2012, p. 354).

Para garantir a integralidade ao cuidado, espera-se que a linha de cuidado não se encerre somente no modelo prescritivo médico e sim discutir como um projeto terapêutico pelas equipes multidisciplinares.

### 1.2.1. Coordenação dos Cuidados na RAS

A coordenação do cuidado na RAS, é entendida como conjunto de estratégias de integração horizontal e vertical do sistema de saúde e da organização da rede assistencial (Brasil, 2014). Tais características atuam como processos interdependentes envolvendo integração, coordenação e continuidade do cuidado.

Não há solução mágica para coordenação da rede, como afirma Roland (2012). Para o mesmo autor, a coordenação do cuidado é um importante componente da qualidade indicando maior eficiência no uso dos recursos. Nesse sentido, entende-se que a coordenação do cuidado estrutura melhorias na qualidade da atenção ao proporcionar gerenciamento nos atendimentos, prevenir complicações, melhorar períodos de silenciamento dos profissionais de saúde para com os pacientes consequentemente, reduz intervenções desnecessárias.

A coordenação dos cuidados é uma exigência para enfrenta-la, compartilhada por gestores de sistemas de saúde em diversos países,

principalmente frente à necessidade de melhorar a qualidade da atenção aos agravos (GIOVANELLA, 2014).

No que se refere à comunicação efetuada na RAS, Almeida (2010) destaca que as condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para a organização e gestão do cuidado. Nesta perspectiva, para garantia da continuidade informacional, é importante mapear demandas recebidas na Atenção Básica (AB), a exemplo a informatização dos prontuários (BRASIL, 2011), a principal porta de entrada da assistência ao cuidado da RAS.

Para tanto, criou-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que se trata de um amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – que objetiva a promoção de mudanças no processo de trabalho, com impacto no acesso e na qualidade dos serviços prestados na RAS (CONASS, 2012).

De acordo com a portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, atribui-se ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Disponibiliza recursos à ampliação de acesso na prestação de serviços, de melhorias de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB). Essa implantação remete uma progressão permanente que visa melhorias no acesso do atendimento na AB almejando qualidade nas práticas de gestão e na continuação do cuidado (PINTO, 2012).

Segundo dados de 2011 do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em Santa Catarina, dos 293 municípios 88,1% aderiram ao PMAQ e do total de 1393 equipes, 79,5% aderiram (BRASIL, 2011).

O programa sugere, que as diretrizes de ação e resultados sejam desejáveis para cada necessidade do cenário em saúde, propondo maior identificação por meio das equipes nas condições de trabalho a serem reconhecidas (Pinto, 2011).

### 1.2.2. Linha de Cuidado na Rede de Atenção

Com a criação do SUS, embora as grandes conquistas nas legislações, a rede pública não oferece uma organização maior deste nível de atenção. A realidade continuou marcada por uma rede precária de assistência, que nunca contemplou uma política integral de atendimento às incapacidades (RIBEIRO, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde portaria Nº 1.365, de 8 de julho de 2013 “aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede

de Atenção às Urgências e Emergências. No que se refere ao parágrafo VIII, atribui o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado” (BRASIL, 2013).

A portaria nº 4.176, de 28 de março de 2002, institui a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do (SUS), vinculando que as doenças cerebrovasculares se constituem uma das principais causas de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil (BRASIL, 2013). Esta portaria prioriza melhorar a atenção de pacientes com trauma e com isso gerar registros pré-hospitalares integrados visando também a redução de custos dessa rede.

O Quadro 2 apresenta documentos voltados a estruturar o cuidado assistencial, buscando garantir por meio de Portarias específicas.

Quadro 2 - Legislação pertinente as políticas públicas vigentes na Rede de Atenção à Saúde – RAS.

<b>Legislação</b>	<b>Características</b>
<b>Portaria nº 4.279, dezembro de 2010</b>	Trata-se das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.
<b>Portaria nº 1.600, em julho de 2011</b>	Remete a publicação do Ministério da Saúde reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.
<b>Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012</b>	Atribui incentivos financeiros de investimento e de custeio para a Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeito operacional para a competência maio/2013. MINISTÉRIO DA SAÚDE
<b>Portaria nº 1.161/GM/MS, de 7 de julho de 2005</b>	Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica;

Fonte: Adaptado pela autora, legislação na Rede de Atenção à Saúde – RAS.



Brito et al (2013), resgatam a intrínseca relação da RAS, a busca pela integralidade e apontam a potencialidade da atenção domiciliar (AD) na busca pela integralidade em seus três sentidos: vertical, horizontal e transversal.

Para a representação de cada um desses sentidos, busca-se conceituar integralidade, ressaltando os três sentidos. Apoiado em Mattos (2004), sinaliza o primeiro sentido da integralidade é o vertical, atribui a busca das necessidades dos usuários por meio de um olhar integral, ampliado, o que pode beneficiar a saúde em seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, denota que as respostas às necessidades dos usuários geralmente possuem contatos sequenciais, com variados níveis de serviços e acompanhamento do itinerário terapêutico entre eles. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas, portanto, à intersetorialidade.

Nesse sentido, há necessidade de uma ação integrada contra as doenças cerebrovasculares, bem como a necessidade de padronizar o tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do SUS. Idealiza-se um programa de reabilitação para indivíduos com LEAs que engloba quadros de traumatismo e assim compor as principais causas de necessidade para atenção desde a fase aguda, ainda na emergência, até o retorno do portador à comunidade.

### 1.2.3. Organização do Atendimento Domiciliar

O atendimento domiciliar é representado pelo Programa Melhor em Casa, que se tornou uma proposta do governo federal. Embora apareçam fragilidades, o programa representa um considerável avanço na expansão da Atenção Domiciliar no Brasil e tem como efeito resgatar a linha do cuidado domiciliar na agenda do SUS (BRASIL, 2014).

A Atenção Domiciliar (AD), indicadores que atribuem o cuidado em domicílio, tais como: o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônico-degenerativas e as causas externas o tornam-se uma necessidade reconhecida nas práticas de cuidado em saúde (MENDES, 2001).

A proposta do governo federal, utiliza o termo ‘atenção domiciliar’ para tratar do tema da atenção à saúde domiciliar. “AD atua desde a fase aguda quanto crônica da doença, englobando, atenção, visitas e internação realizadas em domicílio” (LACERDA et al, 2006, p. 90).

A atenção domiciliar surgiu em meados de 1947, como objetivo do cuidado estendido ao domicílio, a AD iniciou na América do Norte e Europa (REHEM; TRAD, 2005).

A atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, proporcionando espaço para produção de cuidado como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (MEHRY; FEUERWERKER, 2008). Visto que, com o aumento das doenças degenerativas e crônicas geram longa permanência nos leitos hospitalares trazendo a AD como grande potencial de intervenção.

Ressalta-se que o Melhor em Casa (atenção domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Portanto, transmite a ideia que o cuidado domiciliar no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de continuidade do cuidado entre os profissionais da saúde e usuários.

### 1.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 1.4. Caracterização do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com objetivo de trabalhar os dados obtidos através da interação grupal e entrevista, corroborando com as etapas do conhecimento acerca da pesquisa. Para o grupo focal é uma entrevista baseada na discussão a fim de produzir um tipo particular de dados (TRAD, 2009).

Concorda-se com Silva et al (2005) ao considerar a pesquisa qualitativa, uma análise subjetiva e descritiva que proporciona interpretação dos fenômenos são processos básicos na pesquisa qualitativa.

A escolha do grupo focal foi atribuída por armazenar conhecimentos e também pela abrangência de diálogos ocorridos na coleta de dados. Esta escolha se tornou objetivo de capturar relatos e experiências do sistema de saúde possibilitando agrupamento das categorias.

O uso da técnica da interação grupal é identificada como ferramenta de gerenciamento, tornando-se recorrente em programas de intervenção na saúde, tanto nos acadêmicos quanto no profissionais da saúde (CARLINI-COTRIM, 1996); (ROMERO, 2000).

#### 1.4.1. Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município da Serra Catarinense pertencente ao Estado de Santa Catarina, localizado na região sul do Brasil. Segundo a estimativa do IBGE<sup>2</sup> e julho de 2014, a cidade possui 158.961 mil habitantes e faz parte da mesorregião e Região Serrana do Estado.

Foram realizados entrevistas e grupos focais com profissionais de instituições de saúde do município, estas selecionadas intencionalmente por apresentarem maior recorrência de acometimentos por traumas segundo informe da Secretaria Municipal de Saúde do município, sendo estas: uma unidade de Pronto-Atendimento, um hospital de grande porte, quatro Unidades Básica de Saúde (UBS), Secretaria da Atenção Básica de Saúde e Regional de Saúde do município.

Na unidade do pronto atendimento, na Secretaria da Atenção Básica de Saúde e Regional de Saúde foi realizada apenas entrevistas com os gestores. No hospital e na UBS além da entrevista com gestor, foi realizado grupo focal com a equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional do hospital foi constituída por Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de enfermagem, Psicóloga, Enfermeira e estagiários do hospital, enquanto que na UBS participaram Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Dentista, Assistente de Dentista e Agentes Comunitários.

Os participantes foram avisados previamente do procedimento conforme o seu assentimento no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e ressaltado o sigilo das informações obtidas, de acordo com critérios de pesquisa com seres humanos sob o número de aprovação do CEP/ 098-13.

#### 1.4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão de Participantes

O processo de inclusão se deu aos participantes que concordaram participar prontamente incluindo uso de gravadores. Os critérios de

---

<sup>2</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em julho de 2014:

escolha dos participantes da pesquisa foi estar trabalhando no exercício pleno de sua função.

A exclusão ocorreu quando os sujeitos se recusaram a participar da pesquisa ou que ao longo desta desistiram de participar. Além disso, também foram excluídos os profissionais do serviço que estavam afastados ou em período de férias.

Nesta pesquisa, a única exclusão se deu pela dificuldade de agendamento com a gestora responsável por um programa na linha de cuidado da Serra Catarinense. Nesse caso foram realizadas três tentativas telefônicas e a ida até o local de atuação, porém sem sucesso de encontrá-la.

#### 1.4.3. Entrevistas

No que se refere às entrevistas semiestruturadas realizadas, participaram os Gestores Municipais, Coordenador da Regional da Saúde de Lages, Coordenadores das quatro UBS, responsável clínico da UTI do Hospital de referência e do Pronto-Atendimento.

Tempo da entrevista se deu em torno de 20 a 55 minutos, com uso de gravadores conforme o Apêndice A. As questões foram elaboradas de acordo com objetivos centrais da pesquisa, havendo momentos de aprofundamento da temática no que diz respeito ao desenho na saúde quando questionado os processos reabilitadores em pacientes com agravos neurológicos.

#### 1.4.4. Grupo Focal

O grupo focal foi composto por oito a 25 profissionais das UBS e funcionários do hospital referido. Para participação do grupo focal, nas UBS foi sugerido e agendado pelo gestor no dia que acontece as reuniões das equipes na qual se encontravam presentes Médico, Enfermeiro Gestor, Técnico de Enfermagem, Dentista, Assistente de dentista e Agentes Comunitários.

De acordo com PIZZOL (2004), o número de participantes no grupo focal representa diretamente na duração do encontro. A complexidade do assunto e os exemplos referidos em torno das questões podem apresentar fatores que interferem os objetivos finais da pesquisa. Contudo, os grupos focais resultaram a variação entre 20 (tempo mínimo) e 40 minutos (tempo máximo). O roteiro do grupo focal está no Apêndice 2.

O grupo focal junto à equipe de saúde que permitiu refletir ações do cuidado reabilitador sobre a demanda dos portadores de LEAs no âmbito da rede de saúde.

Com relação ao número de participantes no grupo focal, em estudo de Trad (2009), o autor sinaliza que o tamanho ideal para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas, podendo ocorrer uma variação entre seis a quinze participantes.

Nesse estudo, houve variações no número de participantes, representando em algumas UBS de duas a três equipes de saúde. Entre os participantes, estavam presentes: Médicos, Enfermeiros Gestores, Técnicos de Enfermagem, Dentista, Assistente de Dentista e Agentes Comunitários.

Num primeiro momento, a primeira UBS escolhida se deu pelo o maior número de representatividade no que diz respeito a agravos agudos em trauma (dados confirmados pela Secretaria Municipal de Atenção à Saúde) para proporcionar uma avaliação prévia da entrevista do grupo focal e se estava contemplando a realidade local. A partir desse momento, foram refletidas e construídas mais duas questões que legitimaram com maior riqueza de detalhes o cenário da saúde em uma cidade da serra catarinense.

Para tanto, foi estendido o convite à equipe de saúde a fim de participar pelo menos um profissional de cada especialidade e função exercida, visando garantir o olhar multidisciplinar sobre o presente estudo. Foram considerados aspectos centrais, construído por meio de um roteiro com o objetivo de aprofundar e ampliar a comunicação no decorrer da coleta.

Diante do objetivo proposto, criou-se um momento oportuno de tirar os participantes do senso comum e proporcionar a reflexão do cotidiano na saúde os quais foram gravados e observados no roteiro de entrevista (SEPPILLI et al, 2002).

#### 1.4.5. Coleta e Registro de Dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2014. Inicialmente buscou a autorização da Secretaria Municipal da Saúde e do Hospital de referência para realização do projeto, bem como a disponibilização do (TCLE) conforme a autorização da pesquisa pelo CEP da Uniplac de nº **098-13** em acordo com a Resolução nº 466/2012 do CNS.

Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato por telefone e efetuou agendamento com as coordenações e chefias locais que foram informados os objetivos da pesquisa bem como o processo de seleção dos participantes dos grupos.

As entrevistas e as reuniões em grupo foram gravadas, mediante aceite dos participantes e transcritas na íntegra. Cabe destacar que uma vez aceita a participação na pesquisa, será preenchido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) de cada um dos participantes da pesquisa, conforme Apêndice 1.

O método aplicado que conduziu o grupo focal embasou-se nos seguintes autores a seguir:

Scrimshaw e Hurtado (1987) identificam como atribuições do moderador:

- a) introduzir a discussão e a manter acesa; (b) enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; (c) observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; (d) buscar as “deixas” de comunidade da própria discussão e fala dos participantes; (e) construir relações com os informantes para aprofundar, (f) observar as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate. (1987, p. 12)

Minayo (2007) ressalta o cuidado de não induzir o grupo, de forma a não contaminar com seu ponto de vista. O objetivo do grupo deve ser expresso de forma clara no momento de abertura do estudo, sinalizando as questões centrais sobre as quais a discussão irá concentrar-se. Nesse estudo, ocorreu desta forma, ou seja, após uma breve apresentação da pesquisadora e dos participantes, foram especificadas regras básicas para a discussão circular de modo funcional.

Para tanto Gondim (2002), apresenta uma lista básica de regras para a coleta de dados no grupo focal: 1) falar uma pessoa de cada vez; 2) evitar discussões paralelas; 3) dizer li o que pensa; 4) evitar o domínio da discussão por parte de um dos integrantes; 5) manter a atenção e o discurso na temática em questão. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada em dois momentos entrevista e grupo focal:

#### 1.4.6. Entrevistas com Gestores

- 1º Passo: Agendamento por contato telefônico com os mesmos nos locais referidos;
- 2º Passo: Apresentação e exposição do estudo, criando um momento favorável para questionamentos e dúvidas por meio do entrevistado;
- 3º Passo: Leitura e assinatura do TCLE;
- 4º Aplicação da entrevista semiestruturada;
- 5º Passo: Encerramento, agradecimento e o compromisso de fornecer devolução do presente estudo.

#### 1.4.7. Grupos Focais

- 1º Passo: Agendamento com o gestor da equipe, nesse momento três UBS escolheram intencionalmente o dia de reunião das equipes para facilitar o acesso da pesquisadora à todos;
- 2º Passo: Apresentação do tema abordado, foi realizado uma pequena introdução sobre alguns termos técnicos utilizados a respeito dos agravos neurológicos, consequências do trauma tanto na reabilitação quanto na reinserção social, dados do DATASUS que expressam o cenário da saúde na região, informação sobre as leis, portarias e programas do SUS que anunciam mudanças para este público específico, bem como investimentos já aprovados para a Serra Catarinense;
- 3º Passo: Leitura e assinatura do TCLE;
- 4º Passo: Questionamentos com perguntas abertas de acordo com o roteiro, incentivou a participação da equipe multidisciplinar, bem como exemplos da rotina vivenciada pelos mesmos;
- 5º Passo: Encerramento, agradecimento e o compromisso de fornecer devolução do presente estudo.

#### 1.4.8. Análise de Dados

Para buscar significados manifestos ou não trazidos pelos sujeitos é indicado utilizar a análise de conteúdo temática, ou seja, busca analisar os dados de um problema e identificá-los sendo a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente da pesquisa (MINAYO, 2007).

Sendo assim, para Bardin (2009) e Minayo (2007), a análise de temática, consiste em descobrir sentidos que objetivem uma comunicação analítica. Apoiado em Silva (2010), a análise divide-se em três etapas:

a) Pré-análise: Retomam-se as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado para que ocorra a interpretação. b) Exploração do material: é a operação de analisar o texto formando as categorias. c) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação: Os resultados brutos, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise que permitam destacar as informações obtidas. (SILVA, 2010, p. 150)

A partir desse processo descrito, foi trabalhado com pré-categorias pensadas em conformidade aos objetivos:

- Modelos e protocolos na rede de Atenção objetivando reinserção do paciente na equipe multidisciplinar;
- A Reabilitação na prática, do ponto de vista das equipes e gestores na rede de saúde;
- Retaguarda ambulatorial para a assistência sequencial após a alta hospitalar dos indivíduos com LEA;
- Projeto metodológico de protocolos e reorientação para intervir no programa específico de Reabilitação Neuropsicológica para pacientes portadores de LEA.

## **2. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir serão apresentados os resultados e discussões do presente estudo sob a forma de um artigo científico. A discussão proposta neste artigo remete a um diálogo com teóricos apresentando resultados e ao mesmo tempo problematizando e sinalizando as potencialidades e necessidades dos serviços de saúde.

Este capítulo está em conformidade com a metodologia sugerida no Programa de Pós-graduação Ambiente e Saúde - UNIPLAC, na qual almeja a ser apresentado a uma revista científica.

### **2.1. MANUSCRITO**

**LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E REINSERÇÃO SOCIAL:  
ESTUDO DA PRÁTICA NOS SERVIÇOS DA REDE DE  
ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNÍCIPIO DA SERRA  
CATARARINENSE**



**Resumo:** Este estudo analisa o cenário da prestação dos serviços assistenciais ao paciente crônico e portador de sequelas neurológicas graves provenientes principalmente de Lesão Encefálica Adquirida (LEA). O objetivo principal é analisar a percepção de profissionais sobre a rede de saúde na Serra Catarinense, em relação à reabilitação e à reinserção social de pacientes com LEA. A pesquisa foi realizada em quatorze serviços, com utilização da técnica de grupo focal nas unidades de saúde e entrevistas com gestores dos diversos níveis da RAS. O artigo problematiza o aumento da prevalência de LEAS e seus agravos e discute a responsividade dos serviços na prática das RAS. Os resultados apontam para insuficiência de conhecimentos especializados para os processos reabilitadores nos serviços de saúde e inexistência do cuidado integral e longitudinal na rede de saúde municipal. Outro ponto desfavorável no âmbito da prestação de serviços foi à divergência de dados na demanda que assume o quadro de LEA e a realidade dos estabelecimentos. Conclui-se que a assistência ao cuidado nos serviços prestados na saúde está ainda sob fase de estruturação e implementação.

**Palavras-chaves:** Reabilitação; Lesão Encefálica Adquirida; Rede de Atenção à Saúde.

## INTRODUÇÃO

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é contemplada por um conjunto de patologias formadas por traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular encefálico, tumores, infecção do sistema nervoso central (SNC) e anóxias cerebrais (MARQUES, 2012).

A escolha em abordar esse assunto deve-se à experiência vivida na reabilitação neuropsicológica, visto que a situação desse agravo na Serra Catarinense tem refletido problemas na saúde pública. Apoiado em índices de mortalidade, aumento do agravo da lesão, reinternação nos leitos hospitalares, dificuldade na reinserção profissional e, conseqüentemente, atribuição do benefício estendido no INSS, fazendo aumentar os gastos governamentais (MENDES, 2013).

Discutem-se as práticas reabilitadoras, a organização dos serviços de saúde e o entendimento dos funcionários a respeito do cenário da reabilitação quando se remete a portarias, leis e programas voltados à prática do cuidado assistencial (MITRE, 2013).

Com envelhecimento populacional, estima-se que no Brasil o aumento da incidência de acidentes e outros agravos – que conferem ao cidadão algum grau de deficiência – representam um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na organização da assistência à saúde, dos cuidados básicos à reabilitação (SILVA, 2015).

Ao mencionar acidentes e agravos, sinaliza Mascarenhas *et al* (2010) que tais ocorrências contemplam o Grupo “Causas Externas” representando a terceira causa mais frequente de morte. Configurando-se de maneira emergencial um desafio aos gestores de políticas públicas, especialmente aos profissionais do setor Saúde e, principalmente, considerando que atinge a camada jovem e produtiva da sociedade.

De acordo com o Brasil (2013), ao analisar dados pelo DATASUS TabWin, o Brasil, em 2011, obteve 547.468 internações devido a causas externas variadas e dessas resultaram 12.800 óbitos demonstrando 2,34% da taxa de mortalidade no ano.

No que se refere aos dados do DATASUS<sup>3</sup> de mortalidade hospitalar do SUS por causas extremas relacionadas ao local de internação na Serra Catarinense contemplando os municípios de Lages, Bom Retiro e São Joaquim totalizaram 179 mortes nessa região.

As insuficiências das práticas de reabilitação dos serviços na rede encontram-se entre os principais problemas do sistema, para Santos (2013) e apesar das normas em políticas públicas, sinalizam que poucas conquistas foram evidenciadas, faltando implantar e legitimar os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Embora existam avanços desenvolvidos pelo DATASUS

o problema de reinternação ainda persiste. Isso ocorre porque não é possível identificar, ao longo de um período determinado, as internações relativas à mesma pessoa, no mesmo hospital ou em outros para onde é encaminhada. Esse não é um problema menor, porque altas taxas de reinternação podem ter reflexos de problemas relacionados à qualidade do cuidado (VIAVACA, 2002, p. 609).

Além disso, afirma Roos (1989) que no sistema de saúde as taxas de reinternação na média complexidade envolve, de maneira geral, a realização de procedimentos, assumindo gastos significativos no ambiente hospitalar.

A fragilidade da assistência em reabilitação em nosso país é ainda aspecto a ser mudado. Antes do SUS, de acordo com Ribeiro (2010), a

---

<sup>3</sup> Fonte: DATASUS/ Período Dezembro de 2014.

assistência as pessoas com lesão física e cognitiva até então não era enfoque do Governo Federal.

Em meados dos anos 40, não havia políticas públicas específicas para atender à demanda de reabilitação. A partir da década de 60, a reabilitação começou a ser entendida como nível terciário da assistência, as únicas instituições públicas até então eram os centros de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (OLIVIER, 1990).

Entretanto, Lima (2009) aponta que a organização dos serviços de reabilitação representa um eixo crítico na RAS, necessitando de investimento federal contínuo. A falta de articulação nos serviços da rede citado por Cavalcanti (2009) e a dificuldade de interação do paciente, família e pós-alta na articulação com outros serviços são problemas vivenciados na prática da efetivação da reabilitação no Brasil. Esses resultados ressaltam limitações na efetivação do SUS.

Diante disso, entende-se que ocorrem mudanças no perfil epidemiológico nas Redes de Atenção à Saúde, ao tratar das ocorrências que configuram agravos agudos, espera-se que a população acometida seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde (GARLET, 2009).

Com essa afirmativa, pode-se compreender que as mudanças nessa área são imprescindíveis e que sejam levadas em consideração, a fim de promover alterações de tais cenários. Este estudo visa apresentar os principais resultados da pesquisa que buscou compreender e avaliar o itinerário do paciente que sofreu Lesão Encefálica Adquirida e as suas trajetórias no atendimento da Rede de Saúde no Município de Lages, desde a porta de entrada até a alta complexidade. Pretendeu-se fazer um recorte de como ocorrem as práticas profissionais dos serviços na tentativa de localizar os problemas que interferem a garantia de um cuidado integral em saúde.

## **Metodologia**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa realizada na Serra Catarinense configurada em dois momentos: a) Entrevistas com gestores dos vários níveis da RAS e b) Formação de quatro grupos focais que se fizeram presentes nas Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual foram escolhidas pela demanda espontânea atribuídas a Lesão Encefálica Adquirida (LEA).

No que se refere às entrevistas semiestruturadas realizadas, participaram os Gestores Municipais, Coordenador da Regional da

Saúde, Coordenadores das quatro UBS, responsável clínico do Hospital de referência e do Pronto-atendimento, totalizando oito entrevistas. Tempo da entrevista se deu em torno de 20 a 55 minutos.

O grupo focal foi composto por oito a quinze profissionais das UBS e funcionários do Hospital referido. Para participação do grupo focal, nas UBS foi sugerido e agendado pelo gestor no dia em que acontecem as reuniões das equipes nas quais se encontravam presentes Médico, Enfermeiro Gestor, Técnico de Enfermagem, Dentista, Assistente de dentista e Agentes Comunitários.

A pesquisa qualitativa cumpriu com as etapas da análise de conteúdo (MINAYO, 2012).

## **RESULTADOS**

Ao analisar os participantes da pesquisa, esses tinham em média dois anos de experiência nas diversas atividades profissionais assumidas e com nível de escolaridade entre Ensino Fundamental, tecnólogo e superior com especialização. Participaram da pesquisa os sujeitos que estavam em pleno exercício profissional, no momento em que foi entrado em contato para apresentação do presente estudo e agendamento das entrevistas e grupos focais. A prontidão em receber a pesquisadora foi de forma precisa, bem como as discussões e inquéritos realizados.

De maneira geral, a coleta de dados foi rica na capacidade de informações quanto à rotina que se estabelece entre gestão e unidades de saúde. Especificamente nos grupos focais realizados nas USBs, diante do assunto abordado ficou evidente a inexperiência em falar sobre o tema, de modo que muitas vezes assume a demanda na prática diária, porém não é problematizado como ações na saúde (dados específicos das LEAs, nível de mortalidade, encaminhamentos de dados, plano terapêutico referenciado, referência/contra referência e informações fundamentais, tanto na capacidade técnica, quanto das leis e implantações a serem realizadas na região).

Formaram-se sete categorias das entrevistas e dos grupos focais, atribuídos aos depoimentos mais ilustrativos sobre o trabalho em elaboração das sínteses principais. Essas representadas por letras referenciando os gestores e algarismos para referenciar as equipes das USB e do Hospital.

## Retaguarda Ambulatorial e Assistência Sequencial

Quando se reporta ao termo retaguarda ambulatorial, sinaliza-se a capacidade de fomentar os serviços de saúde (Organização Mundial de Saúde, 1957). Lima (1972) define como prevenir as enfermidades, servindo de vínculo entre o hospital, os serviços sanitários, locais e a comunidade. E que está inserida num plano global de assistência sequenciada. Nesse sentido, gestores dos variados níveis da RAS destacaram sua percepção sobre este cenário do Portador das LEAs.

*“Eu vejo esses pacientes ganhando alta, indo pra casa, totalmente desarticulado, ele saiu com traqueotomia, ele saiu incapacitado, ele vai para a atenção básica, não há uma conversa, em ambos os setores nem da rede hospitalar, não dá para culpar, nenhum nem outro, a comunicação não se estabelece, esse paciente obviamente vai agravar, porque nós não temos o melhor em casa que poderíamos fazer essa ponte, esse paciente vai agravar com infecção via aérea, e ele reinterna”. (Gestor I, 2014).*

*“Hoje ela é falha, por que eu não consigo fazer a reabilitação, eu consigo fazer o tratamento da queixa principal e a promoção e prevenção da saúde do cuidador”. (Gestor D, 2014).*

*“É vago, dados a gente tem que buscar nos prontuários de forma manual”. (Gestor F, 2014).*

*“Acredito que eles estão buscando um melhor atendimento, para oferecer melhor qualidade para esses pacientes. Agora eu não tenho conhecimento”. (Gestor H, 2014).*

As descrições acima demonstram que pacientes que sofrem trauma possuem uma série de entraves na rede, desde a atenção primária até a alta complexidade do atendimento, confirmando que muitos serviços são fragmentados e atuam de maneira isolada, sendo incapazes de prestar um cuidado contínuo e integral à população.

Nesses contextos, é referido que a coordenação de cuidado se torna o primeiro ponto de partida para atenção primária e ela não consegue exercer sua função plena de ordenadora das redes de atenção e

das linhas do cuidado quando os usuários necessitam (AGUILERA, 2013).

Entende-se que a partir do modelo de saúde organizado pela Atenção Básica (AB) com a criação da constituição em 1988, inclinou-se a estruturar ações, integrando-as com os demais serviços e níveis de cuidado, permitindo como foco principal o acesso integral e de qualidade a toda população (BRASIL, 2014). No entanto, exercer a integralidade remete trabalhar com novos modelos que venham unificar o usuário, o cuidador e a rede de atuação para que ele possa ser reinserido socialmente, a fim de promover a saúde e melhores condições ao trabalho.

Ainda nesse cenário, os estudos de Silva e Barros (2010) apontam a formulação da Política Nacional de Humanização (PNH) que aposta numa nova política pública que constitui em atualizar os princípios do SUS e a fomentar a prestação de seus serviços. Essa categoria necessita ser refletida de maneira que o Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) busca analisar tanto a coordenação do cuidado daqueles usuários cujo cuidado é desenvolvido na própria UBS, quanto os que precisam, em algum momento, de ações desenvolvidas em outros serviços da RAS como é o caso das LEAs.

Ao mencionar a análise do cuidado aos usuários, especificamente com problemas crônicos, eles têm crescente prevalência e são pouco responsivos à atenção médica, caracterizada como fragmentada, excessivamente especializada e organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico. Para melhor resolutividade aos agravos crônicos, é necessário integralidade e coordenação ao cuidado (GIOVANELLA, 2014).

### **Conversando na rede sobre processos de reabilitação**

Nessa categoria, os relatos remetem à reabilitação de uma maneira vaga e de uma rede que não se comunica. Também evidencia a lacuna de informações entre os profissionais e usuários. Concorde-se com Machado et al (2007), quando atribui que as ações de educação na saúde exigem caráter de urgência de se corrigir uma rede de saúde que se apresenta fragmentada e desarticulada.

Percebe-se ainda que esse modelo, está pautado numa atuação prescritiva sem os processos reabilitadores resultando no aumento dos agravos das LEAs, conforme visto nos relatos dos gestores A e C:

*“A reabilitação é voltada para o olhar biomédico mesmo”. (Gestor, A, 2014).*

*“O paciente com esta lesão adquirida ele precisa de uma maior atenção de um profissional com mais tempo com ele”. (Gestor, C, 2014).*

*“Esse paciente pós cirúrgico ou não, muitas vezes avisado pela agente comunitária, que ficou com lesão e precisa ser reabilitado”. (Gestor, D, 2014).*

*“Geralmente os pacientes que tiveram alguma lesão que precisam da gente geralmente a gente passa as visitas em casa.” (Gestor, E, 2014).*

Identificou-se, nos relatos dos gestores “A” e “E”, entendimento da prática reabilitadora de forma muito primária, sem reconhecer esse paciente na sua integralidade. Espera-se que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado. Compreende-se que a coordenação do cuidado seja uma continuidade até a perspectiva do usuário.

O atendimento à saúde é atribuído como herança de um modelo liberal privatista, tornando os serviços de saúde, pautado no estilo médico que distancia o profissional do usuário. Remete ao papel indevido de porta de entrada, caracterizando atendimentos com baixa resolutividade (MERHY, 2004).

*“Então assim, a rede ela é rede, ela tem desde atenção básica que é a porta de entrada principal, então essas pessoas vão sofrendo dessas lesões ou agravos evitáveis muitas vezes.” (Gestor, G, 2014).*

*“Assim, eu entendo que esse paciente está vindo de uma rede de internação. eu acho que não existe a contratransferência”. (Gestor, B, 2014).*

*“...entendemos que poderiam dar um suporte melhor a esses casos, por que eles não são atendidos aqui são todos encaminhados para o hospital e isso gera uma demanda muito grande*

*no setor de emergência do hospital.” (Gestor H, 2014).*

Esse contexto é uma realidade que pode ser transformada. Ao verificar estudos realizados em outros países por DAVIS *et al.* (2014), são demonstradas medidas na coordenação dos cuidados referentes à continuidade. O autor afirma que em países com histórico de atenção por *General Practitioners* (GP), ou seja, médico clínico geral, a grande maioria dos GP informa que quando o paciente é referenciado para o especialista, ele recebe quase sempre um relatório com todas as informações relevantes do paciente que foi atendido em uma emergência e teve alta hospitalar, isto é, recebem a tão estimada contra referência. Essas certamente são medidas passíveis de estruturação na nossa realidade, que melhoram a continuidade assistencial.

Assim, embora a saúde seja um direito garantido em constituição, Travesso e Moraes (2004) apontam vivências discrepantes na prática da saúde entre profissionais e usuários. Para os autores Cunha e Vieira-da-Silva (2010), defendem quando as ações e rotinas são mais definidas para o atendimento e encaminhamento melhor referenciado aos usuários na rede, podem tornar mais resolutivos os cuidados em saúde. Esse pressuposto foi encontrado no discurso do gestor G.

Nessa perspectiva, estima-se que a postura dos profissionais de saúde revela a prática realizada nas instituições de saúde, entre o profissional e o usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional e portanto as suas posturas a realização da integralidade (MATTOS, 2006).

De acordo com a OMS (2011), divulga-se que são muitos os países em que serviços de saúde são escassos. Concorde-se com Minayo (2007), ao tratar dos serviços de reabilitação no SUS correspondem à área de maior fragilidade e déficit de oferta dentro do sistema. Foi mencionada a incompatibilidade entre a dimensão do problema da deficiência e a disponibilidade de serviços, o que apontou para uma necessidade de estruturação e consolidação do atendimento em reabilitação.

### **Necessidade de oficinas, cursos e protocolos para sensibilizar e instrumentalizar as UBS**

Observou-se que, na maioria das vezes, os problemas nas UBS eram descontextualizados das realidades dos serviços e das comunidades, as quais desenvolvem sua prática, porque partem do



processo individual do trabalho. Acredita-se que, após absorverem o conhecimento, possa, por si só, resolver os problemas. Portanto, não partem dos problemas do processo de trabalho coletivo em saúde e das necessidades de saúde da população.

*“Então a gente já esbarra na limitação motora, agora cognitiva ninguém nunca sentou pra conversar com a gente. Nenhum Protocolo, ferramenta ou auxílio pra começar a trabalhar em contrapartida pacientes tem bastante”. (Serviço 1, 2014).*

*“Não, não temos nenhum preparo. O cuidado com o paciente sim, aqui na Odontologia de triar esse paciente buscar informações com a equipe multidisciplinar.” (Serviço 2, 2014).*

*“Desculpe me meter, mas até na área dela “5” tem uma paciente que tem uma ferida, uma úlcera no pé e vai precisar de uma amputação, em casa, ele está impossibilitado, onde ele tem que fazer várias atividades, eu entendo que entra a Reabilitação, na verdade ele está impossibilitado e acredito também que isso é reabilitação, não é encefálico mas é uma coisa que a Unidade precisa trabalhar isso.” (Serviço 3, 2014).*

*“Eu acredito que, está muito vago, as pessoas são atendidas em diversos pontos do SUS, pensando na acessibilidade de estrutura física mas um atendimento específico assim não.” (Gestor A, 2014).*

*“Mas não existe nenhum protocolo dentro do hospital ou algo assim de reinserção no pós. E Isso onera o sistema e muito, e é pessoal também porque demanda de maior funcionários na equipe. (Gestor F, 2014).*

*“Não, nós estamos correndo atrás desses modelos.” (Gestor I, 2014).*

Quanto à existência de protocolos, oficinas e cursos que orientariam a priorização dos casos com necessidade de

encaminhamento das unidades todos participantes responderam negativamente. Ainda foi perguntado se havia diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos e as unidades referiram geralmente, é com temas tradicionais como: vacinação, pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, diabetes.

Observa-se que a maioria das ações é associada à doença, reproduzindo o modelo assistencial hegemônico, ou seja, remete as formas que são organizadas as ações de atenção à saúde (FARAH *et al.*, 2005).

Também se identificou, conforme o *Serviço 2*, que o serviço odontológico na UBS ainda é limitado. Constata Aguilera (2013) na atenção à saúde bucal, acesso restrito centrado nas intervenções sem protocolos fundamentados no planejamento de ações, para que se possa garantir e ampliar a resolutividade na demanda espontânea.

E, de acordo com Almeida (2010), compartilha-se a ideia de que a coordenação do cuidado deve ser a AB função importante e de forma sistêmica. Almeja-se que todos os serviços culminem para a integralidade, a fim de contribuir com o cuidado coordenado para o usuário.

### **Entendimento e Significados da Portaria Urgência e Emergência para a Rede de Saúde**

De acordo com os relatos abaixo fica evidenciado a expectativa da vigência da portaria enquanto investimento federal fornecido para assumir a demanda. Constatou que cada uma das falas elencadas abaixo remetem à percepção de como estão organizadas as equipes dos diversos níveis da RAS.

*“...com a rede de urgência e emergência que está em fase de implementação e a rede de urgência e emergência vai ter salas desestabilização, leitos de retaguarda, leitos de longa permanência, ne e tudo isso envolve não só para reabilitação de agravos agudos como uma parada cardiorrespiratório, infarto mas pensando em atender esse público de maneira precoce evitando uma lesão.” (Gestor A, 2014).*

*“Na verdade, foram montados dois leitos na emergência, é para ser leitos de doenças coronarianas, dois leitos de corpo torácica e*

*AVC. Os protocolos Strok a gente já estão meio montados só falta a liberação da RPTA pelo estado, para fazer a liberação, porque é uma medicação cara e isso não é ainda disponibilizado, então isso ainda está faltando.” (Servidor F, 2014).*

*“O mais importante que a gente fez foi o de classificação de riscos com o pessoal da enfermagem, então a gente ta mais de 8 meses, que você vai por cores diferente do Manchester que vem pra atenção de Urgência e Emergência”.* (Gestor G, 2014).

*“Em agosto do ano passado duas portarias foram lançadas que criaram o plano de ação regional para urgência e emergência, nesse plano regional existem 3 linhas de cuidado por ordem de mortalidade e morbidade.” (Gestor I, 2014).*

Percebe-se que tal discussão da Portaria fica no plano informal e/ou está confinada nos espaços mais formalmente ocupados dos serviços. De maneira ainda pouco articulada e crua nas suas formas de organização.

No segundo cenário, o servidor do hospital avaliou, que a portaria está em processo de implementação e de adesão para efetivar as demandas dos serviços oferecidos. Esse hospital é o único que atende emergência, o que se torna referência na Região Serrana. “As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência localizadas na região poderão receber incentivos de custeio diferenciado de acordo com a seguinte tipologia” (BRASIL, 2013).

A partir da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e de Gestão do SUS, foi sugerido um protocolo de atendimento em emergência baseado na classificação de risco; diferenciando por área de Emergência e Pronto Atendimento, indicando o Processo de Acolhimento e Classificação de Risco e Protocolo com Avaliação Neurológica, Cardiopulmonar, Avaliação da Dor Abdominal aguda e da Saúde Mental.

Nessa discussão, exemplifica-se a Avaliação Neurológica, Abbès (2006), Roncato e Roxo (2012) indicam, marcadores quando o paciente queixa-se de: cefaleia, tontura, fraqueza, problemas de coordenação motora, trauma crânio-encefálico leve a moderado, diminuição no nível

de consciência, desmaios, distúrbios visuais, confusão mental, convulsão e paralisias nas partes do corpo.

### **Linha de Cuidado para o Paciente com LEAs**

Percebeu-se um relato homogêneo vindo dos gestores entrevistados no que se refere às Linhas de Cuidado atribuídas aos usuários que sofreram LEA, ou seja, uma rede que não oferece continuidade no cuidado.

No diagrama abaixo segue o percurso dado no atendimento de pacientes que assumem tal demanda da Região Serrana. Ainda é citada de maneira muito tímida a expressão do cuidado, de modo que em linhas gerais são: chamada de emergência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU ou entrada no Pronto Atendimento, encaminhamento ao hospital de referência em traumatologia, alta hospitalar e acolhimento da Atenção Básica nas UBS.

Atualmente, as linhas de cuidados estão em fase de implementação, especificamente o Programa Melhor em Casa e a Portaria Urgência e Emergência já receberam incentivos federais para melhorias na assistência sequencial. No que se refere ao Centro Especializado em Reabilitação – CER até a presente momento da entrevista estava sob aprovação no Ministério Público.

Nesse sentido, Aguilera *et al* (2013), o nível federal, ao introduzir novas ações à programas assistenciais ampliou seu poder, incluindo de instrumentos de regulação do processo de descentralização.

Ao referir características norteadoras para a atenção primária, Serra e Rodrigues (2010) remetem a integralidade e a continuidade dos cuidados, ambos fortemente dependentes de um efetivo sistema de referência e contra referência — entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.

Nesse sentido, considera-se em Aguilera (2013), ao tratar da atenção de média/alta complexidade envolve um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que buscam resolver os principais problemas de saúde da população.

### **Programa Melhor em Casa**

No que se refere ao Programa Melhor em Casa, ou seja, uma das estratégias de intervenção em saúde que possibilita práticas mais próximas do conceito de integralidade. Ao analisar o conhecimento e

entendimento do programa a ser implantado na cidade de Lages, dos quatro grupos focais realizados dentro das UBS, quando questionado quanto as informações ou notícias sobre o programa, somente dois grupos focais que contemplam serviços prestados na região forneceram informações sobre a implementação do programa.

*“Na verdade, o que vai engloba esses pacientes é o programa melhor em casa, que está em implantação.” (Serviço 4, 2014).*

*“A enfermeira, esses dias que falou que vai o Programa Melhor em Casa que vai fazer o atendimento domiciliar, é uma equipe multidisciplinar, onde eu acredito que essa reabilitação vai acontecer, o paciente que procure atendimento na Unidade tudo bem, mas tem muitas famílias que deixam o atendimento a desejar. Muitos idosos ficam acamados sofrem fraturas, desenvolve para uma úlcera então acredito que essa equipe vai ajudar sim.” (Serviço 3, 2014).*

Revela-se, nesses depoimentos, uma mudança na organização dos serviços de saúde, como potencial estratégia para o alcance da continuidade ao cuidado. A Atenção Domiciliar, denomina Lacerda (2006), como ações à saúde, desde a promoção até a reabilitação de doenças, nesse caso, oferecidas em domicílio. Nesse sentido, segundo Kerber (2007), aponta resultados significativos, atribuindo o domicílio como potencialidades para mediar as ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas, quando comparado a outros espaços de assistência à saúde.

É reconhecido por Andrade et al (2013), que a atenção domiciliar resulta num cuidado particular em saúde, associado ao cuidado assistencial em diferentes formatos e saberes além do científico, proporcionando relações mais próximas com usuários e familiares assistidos no seu cotidiano de vida.

## **Comunicação na Rede de Atenção Saúde**

No primeiro relato analisa-se a continuidade da informação dentro da rede, percebe-se a falta de eficiência na estruturação do cadastro e informação para tal demanda. Nos demais, remetem a

retaguarda ambulatorial utilizando termos da transferência e contratransferência, exemplificando também a falta de articulação na comunicação. Descreve a vivência profissional quando os pacientes necessitam ser atendidos por diferentes pontos de atenção, porém com baixo potencial de comunicação.

*“Então você me pergunta: Quantos acamados eu tenho hoje?! Não temos dados números de AVC e TCE, teríamos que fazer uma consulta de acordo com API que dependeria de dias para me dar essa informação e poderia estar de forma inadequada porque os dados poderiam estar duplicados, triplicados então eu não teria confiabilidade nos dados” (Gestor G, 2014).*

*“...de transferência e contratransferência é muito falho” (Gestor A, 2014).*

*“Assim, eu entendo que esse paciente está vindo estava vindo de uma rede de internação. Eu acho que não existe a contratransferência, já foi se falado muito por meio de protocolos, por meio das ACS por Seu João veio do Hospital mais a gente não sabe qual a condição neurológica” (Gestor B, 2014).*

*“Não funciona referência e contra referência hoje infelizmente, muitas vezes pela má vontade dos profissionais, nós tentamos implantar mas não deu. A referência vai, mas a contra referência não volta.” (Gestor H, 2014).*

*“Nossos prontuários são todos manuais, estamos na promessa desde que eu entrei no hospital, 8 anos atrás, dessa informatização prontuário e até hoje não temos informatização de prontuários. Dados a gente tem que buscar nos prontuários de forma manual.” (Gestor F, 2014).*

Os resultados apontam para falta de informatização dos serviços, no que se refere ao hospital, conforme o relato do “Gestor F”, não dispõe de prontuário eletrônico e também não se efetiva uma atenção compartilhada da informação dos pacientes.

Nesse sentido, ocorrem incertezas ao responder com precisão a real demanda de portadores de LEAs na cidade de Lages. Dificultando detectar focos prioritários e planejamento de ações que condicionem a realidade atual proporcionando transformações necessárias.

Para Taneguti *et al.* (2009) o prontuário eletrônico é uma ferramenta de consulta que resulta a evolução do paciente. Trata-se de um veículo de comunicação entre diversos membros da equipe interdisciplinar além de ser um elemento imprescindível no atendimento à saúde.

Percebe-se no discurso que muitos profissionais possuem domínio dos saberes e a separação dos fazeres. Resulta no trabalho isolado, ou seja, não fazendo parte da tomadas de decisões compartilhadas.

Atribui-se a fala do “Gestor G” para sinalizar que, embora tenha um custo expressivo para programar os prontuários eletrônicos na Atenção Básica, os dados presentes no cadastro dos pacientes não possuem confiabilidade.

Com a identificação eficaz do paciente seriam evitadas as perdas de dados e também a duplicidade de exames e procedimentos terapêuticos, com a conseqüente melhoria na questão de tempo/ações e também redução dos custos envolvidos com a assistência à saúde (FILHO; CECÍLIO, 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pretendendo considerar o cotidiano das práticas e ações nos serviços de saúde que se configuram em: comportamentos, escolhas e estilos de vida, tais cenários emergem inquietações para novos saberes no campo da saúde.

Com base nos discursos dos gestores e prestadores, a análise realizada na Serra Catarinense mostrou que os serviços prestados na saúde se encontram no processo de implementação em relação aos estágios de estruturação do fluxo assistencial. Ainda foram identificados gestores e prestadores com práticas e comunicação isolada quando é referenciado as Portarias que fomentam a efetivação da integralidade do cuidado.

O cenário que se discutiu é de uma prática extremamente normativa que estabelece portas de entrada e ações rígidas de referência e contra referência, limitando o paciente aos processos reabilitadores e distanciando da reinserção social.

Também um sistema que não dá conta de cumprir com os preceitos dos direitos universais à saúde e menos ainda com os de integralidade. Visto que, tanto a integralidade, quanto a interdisciplinaridade apresentam-se como imprescindível e determinante na qualidade da atenção aos pacientes com doenças crônicas e na prevenção de complicações dos agravos.

O presente estudo identificou que, tanto em normativas governamentais, quanto na literatura especializada, espera-se que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado. Resultado que aponta o processo de cuidado em saúde entre gestores, profissionais e usuários do SUS seriam melhores marcados por maior horizontalidade do serviço prestado em saúde. O Ministério da Saúde já deu o ponto de partida ao criar e apoiar a formação de equipes de referência e também o apoio matricial, nesse caso com a criação com os Núcleos de Apoio a Família – NASF.

Portanto, entende-se que devem ser implementadas a partir da atenção básica de saúde, protocolos e oficinas, a fim de instrumentalizar o cuidado técnico ao portador de LEAs. Por meio desse estudo, foi possível fazer uma análise de como está configurada a rede de saúde no âmbito da reabilitação. Diante das Leis, Portarias e Emendas demonstradas em tais cenário, fica evidente a necessidade de também adaptar essas diretrizes a nossa realidade regional.

No entanto é importante ressaltar que, mesmo esse estudo, o qual analisou uma fatia específica da gestão e prestação de serviços que acolhem essas lesões físicas e cognitivas, motivou a apontar, dentro do possível, caminhos para o desenvolvimento de estratégias. Entre eles estima-se a educação permanente para os profissionais que acolhem esta demanda dos pacientes com agravos agudos e que sejam capazes de impulsionar a transformação reabilitadora e social da saúde.

Contudo entende-se que são inegáveis os avanços da Atenção Básica na última década no Brasil, é notório que o conjunto dos olhares faz um cuidado integral para o usuário, sua família e a comunidade.

**Abstract:** This study analyzes the scenario of the provision of care services to chronic patient and bearer of serious neurological sequelae mainly from Acquired Brain Injury (LEA). The main objective is to analyze the perception of professionals about the health network in Sierra Santa Catarina, in relation to the rehabilitation and social reintegration of patients with LEA. The survey was conducted in fourteen services, using the focus group technique in health facilities and interviews with managers of various levels of RAS. The article



discusses the increasing prevalence of LEAS and grievances and discusses the responsiveness of services in the practice of RAS. The results point to insufficient expertise to the rehabilitative processes in health services and lack of comprehensive and longitudinal care in the municipal health network. Another disadvantage in the provision of services was the divergence of data in demand that takes the LEA board and the reality of establishments. It is concluded that assistance to the care in the services provided in health is still under phase structuring and implementation.

**Keywords:** rehabilitation, acquired brain injury; health network.

## REFERÊNCIAS

ABBÊS C, MASSARO A. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e de Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, cap. 5, p. 24-36. 2006. Acesso em: 12 Jan. 2015.

[www.slub.uff.br/textos/texto84.pdf](http://www.slub.uff.br/textos/texto84.pdf)

AGUILERA, S. L. V. U. et al . Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, Agosto. 2013.

<http://www.scielo.br/scielo.php>

ANDRADE, A. M. et al. **Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. Revista pesquisa.: cuidado. Fundamental.** Jan-mar 5(1):3383-93. 2013.

BRASIL. **Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, Out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde – SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.84. 2013.

CAVALCANTI, M. L. T. A análise da implantação da PNRMAV ressalta os problemas do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. V. 14, n.5, p.1650-1651, 2009. Acessado em 12 jan. 2015.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500003&script=sci_arttext)

DAVIS, K. et al. Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. **Health Care System Compares Internationally**. Update. New York: The Commonwealth Fund, 2014.

FILHO, M. N.; CECÍLIO, M. A. M. **A política estadual de informação de saúde: um debate necessário**, 2009. Acesso em: 17 de Fevereiro 2015.

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos\\_tecnicos/estudos\\_analises/politica\\_estadual\\_de\\_informacao%5Bmichel\\_e\\_monica%5D.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/politica_estadual_de_informacao%5Bmichel_e_monica%5D.pdf)

GARLET, E. R. et al. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 18(2): 266-72, Abr-Jun. 2009.

GIOVENELLA, L. Atenção Primária À Saúde E Coordenação Dos Cuidados Na Rede Assistencial. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. N. 51, 0103-4383, Rio De Janeiro, Out. 2014.

KERBER, N. P. C. A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

KURCGANT P. As teorias de Administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2005.

LACERDA M. R. et al. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática**. Saúde e Sociedade. 15(2):88-95. Maio-Ago. 2006.

LIMA, M. L. C. et al. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. **Ciênc. saúde**

*coletiva* [online]. vol.14, n.5, p. 1817-1824. ISSN 1413-8123, 2009. Acesso em: 12 Jan. 2015.

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500023](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500023)

LIMA-GONCALVES, E. et al. Plano de reformulação da assistência ambulatorial do Instituto Nacional de Previdência Social na cidade de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 6, n. 2, Jun. 1972. Acesso em: 12 Jan. 2015.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)

MAATOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 41-66. 2006.

MARQUES, A. E. Z. S. et al. Manipulação da Musculatura Intrínseca do Pé em Portadores de Lesão Encefálica Adquirida. **Movimento**, v. 4, n. 20, 2012.

MENDES E. V. Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2297- 2305. 2010.

MENDES, L. et al. Realidade virtual e reabilitação neurocognitiva da lesão cerebral adquirida: estudo exploratório. **Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia**, 2013.

MINAYO M. C. S. et al. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(4): 2199-2209. 2011.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012. 2012.

MITRE, S. M. et al. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. **Ciência Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 18, n. 7, p. 1893-1902. 2013.

OLIVER, F. C. A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania.

1990. 335 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade). Universidade de São Paulo, 1990.

ORGANIZAÇÃO Mundial Da Saúde. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. **Función de los hospitales en los programas de protección de la salud**: primer informe. Ginebra, (Ser. inf. tecn.,122). 1957.

ORGANIZAÇÃO Mundial Da Saúde. **Relatório Mundial sobre a deficiência**. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo, 2011.

RIBEIRO, C. T. M. et al. **O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil**. *Rev. Panam Salud Publica*. 28 (1): 43-8. 2010.

ROOS, N.P. SHAPIRO, E.; TATE, R. **Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen-year perspective**. *The Milkbank Quarterly*, 67(3):347-369.1989.

RONCATO, P. A. Z. B.; DE OLIVEIRA ROXO, C.; BENITES, D. Freire. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. *Revista da AMRIGS*, v. 56, n. 4, 2012, p. 308-313.

SANTOS, F. C. Diagnóstico da situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física no sus na cidade de Salvador-Bahia. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, 2013.

TANEGUTI, F. et al. **Prontuário eletrônico do paciente: facilidades e dificuldades no uso, suas contribuições para a prática assistencial e administrativa dos enfermeiros**, [S.I.]. 2009. Acesso em: 05 Fev. 2015.

<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/815.pdf>

VIACAVA, F. et al. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Informação Científica e Tecnológica. **Departamento de Informações em Saúde**. Rio de Janeiro, [s.n.], 2002. Acesso em: 27 Fev. 2015.<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/706>.

## CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS

Diante do exposto, acredita-se para que a assistência ao cuidado possa apresentar avanços significativos, de modo que é necessário repensar e propor ações que venham ao encontro das lacunas existentes nas práticas reabilitadoras da Região Serrana. As Leis, Portarias e Decretos não dão conta de modificar e transformar os problemas atuais que a saúde enfrenta.

O eixo está na fragmentação da rede, na diversidade de percepções dos profissionais e na diversidade de práticas que são efetuadas em termos de estruturação dos cuidados e da assistência aos portadores de LEAS. Percebe-se ainda uma desigualdade entre os níveis de atenção ao cuidado e peca pela falta de integralidade. Nesse sentido, é de suma importância refletir os três preceitos dos sentidos da integralidade vertical, horizontal e transversal com diversos serviços e acompanhamentos.

No que tange as recomendações, entende-se a importância de aplicar educação permanente com vários tópicos de reabilitação que possam entrar como formação por meio de oficinas, seminários incremento nas equipes de NASF. É notório que, sem a articulação das equipes de NASF, dificilmente acontecerá o cuidado integral. Portanto, precisam-se de ter uma atenção diferenciada talvez de núcleos de matriciamento, rede secundária de apoio e também, uma equipe ambulatorial especializada para que quando aconteça um agravo.

Nesse caso será necessário ter protocolos de reabilitação específicos para essa subpopulação que tem agravos também específicos, monitorar a estruturação da rede e também ter a qualificação de riscos nesse nível intermediário. Também recomenda-se a ampliação no número de computadores nos setores com o intuito de agilizar o serviço das equipes, bem como a instalação de prontuários eletrônicos que possam legitimar a realidade dos pacientes crônicos portadores de LEAs

Por último, o Programa Melhor em Casa, à medida que esteja de forma mais sistemática, pois já se encontra autorizado. E em geral que as equipes de saúde comecem a pensar no cuidado integral desses pacientes crônicos e que se faz necessário um cuidado longitudinal, vindo de encontro com a Política Nacional de Atenção Básica, ou seja, se a equipe estiver o percurso do cuidado integral poderá ter essa atribuição e fazer a ponte da média complexidade, com especialistas, bem como as equipes do NASF.

Considera-se de real necessidade a articulação entre Política Pública, Financiamento do Setor Público e Gestão. Para que ocorra uma capacitação e implique mudanças concretas nas práticas profissionais do cotidiano.

O trabalhar em rede depende da forma que cada setor atua sobre o que é de sua responsabilidade, pois isso causa nitidamente impactos sobre o agir do outro e pode gerar ou não a continuidade do cuidado. Considera-se ainda que a interdisciplinaridade seja alternativa para se alcançar respostas que caracterizam a complexidade dos problemas de saúde.

A pesquisa alcançou os objetivos centrais, pois por se tratar de uma pesquisa qualitativa expressou a percepção vivida de funcionários e gestores na rede de saúde. Porém não analisou o cuidado assistencial dos usuários em relação ao acesso de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Assim, novos estudos devem ser realizados para uma maior generalização dos resultados aqui encontrados.

Por fim, espera-se com a diversidade de informações e recomendações contidas nesse estudo, pretende compartilhar estes dados com os profissionais da RAS do município de Lages-SC, por meio de oficinas e/ou cursos. Considerando a mudança do perfil epidemiológico, as alterações legitimadas no ambiente e a falta de consenso existente entre o paciente crônico portador da LEA e o cuidado assistencial no SUS, torna-se evidente proporcionar momentos de discussão para os diversos níveis de atenção a saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, Agos. 2013.

ALMEIDA, P. F. de. **Estratégias de coordenação dos cuidados**: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. 142 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. xvii, tab. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010.

BRASIL. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, 25 de julho de 1991.

BRASIL. Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. **Diário Oficial da União**, 21 de dezembro de 1999.

BRASIL, D.O.U.: PORTARIA Nº 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012 Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2012/prt0835_25_04_2012.html)>. Acesso em: Nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 44.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.204, p.55, 24, Seção 1, pt1, Out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assessoria de Comunicação Social ABC do SUS**. 2 ed. Brasília. 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.pg7.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde Noas-SUS 01/01.** *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 148 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011.

BABIKIAN, T.; ASARNOW, R. **Neurocognitive outcomes and recovery after pediatric TBI: Meta-analytic review of literature.** *Neuropsychology*, 23, 283-296. 2009.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BACELLAR, A., et al. **Analysis of the clinical profile of ischemic cerebrovascular diseases subtypes in patients admitted to a general hospital in Salvador - Brazil.** The Hospital Sao Rafael Stroke Data Bank. *Arq Neuropsiquiatr*; 62:4-5. 2004.

BENVEGNO, A. B. et al. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 71-77, 2009.



BRITO F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade.** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.

BRITO, M. J. M. et al. **Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade.** *Esc. Anna Nery*, v. 17, n. 4, p. 603-610, Rio de Janeiro, 2013.

BOGAN, A. M. LIVINGSTON. *The experimental impact of the injury on adolescents: Individual perspectives on long-term outcomes.* 1997.

BOLOGNANI, S. A. P.; FABRÍCIO, A. M. Reabilitação neuropsicológica em lesão cerebral adquirida: o desafio de trabalhar com a diversidade. Em J. Abrisqueta-Gomez, & F. H., Santos. **Reabilitação neuropsicológica da teoria à prática.** São Paulo: Artes Médicas. 2006.

CANAL, P.; CRUZ, R. M. Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 30, n. 4, Dec.,Campinas, 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2013000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Mar. 2015.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, 30 (3), p.285-93, 1996.

CECCATO, R. B. Aspectos Clínicos – Lesão Encefálica Adquirida. In: MOURA E. W.; SILVA, P. A. C. **Fisioterapia – Aspectos Clínicos Práticos da Reabilitação.** 257-69. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

CICERONE K. D.; FRASER R. T. *Counseling interactions fot clientes with traumatic brain injury.* In: FRASER, R. T.; CLEMMONS, D. C. (Eds.). **Traumatic brain injury: Are we rehabilitation, practical vocational neuropsychological and psychotherapy interventions.** 2 ed. Boca Raton, 2000. p. 95-125.

CORREA, R. R. Uma proposta de reabilitação neuropsicológica através do programa de enriquecimento instrumental (PEI). **Ciências & Cognição**, Vol 14 (2): 047-058; Publicado online em 31 de julho de

2009. Disponível em: <[www.cienciacognitiva.org](http://www.cienciacognitiva.org)>. Acesso em: 12/11/14.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. O estado e as Redes de Atenção à Saúde. **1ª Mostra Nacional de Experiências / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Polos de educação permanente em saúde: diretrizes para a sua organização**. Brasília-DF, 2003.

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2000.

COHN, A. **Caminhos da reforma sanitária**. n. 19, Nov. São Paulo: Lua Nova, 1989. Disponível em: <Availablefrom<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 de Fevereiro. 2015.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

D'ALMEIDA, A; PINNA, D.; MARTINS, F.; SIEBRA, G.; MOURA, I. **Reabilitação cognitiva de pacientes com lesão cerebral adquirida**. Ciente Fico, IV (I). 1-9. 2004.

DAUDT, C. V. G. 2013. **Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil (UFRGS)**. 177 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia). UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2013.

SILVA, J. V. F. da et al. A Relação Entre o Envelhecimento Populacional e As Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Sério Desafio De Saúde Pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FITS**, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.

DEVRIES, A. C.; MORRIS, J. S. **Psychosocial Influences on Neuropathic Pain: Modulation of Mechanical Allodynia and Depressive-like Behavior**. Arlington, VA: Brain Research Meeting. 2008.

DUNN, D. S.; & ELLIOTT, T. R. The place and promise of theory in rehabilitation psychology research. **Rehabilitation Psychology**, 53, 254-267. 2008.

FARAH, B. F.; TEIXEIRA, M. T. B.; LIMA, B. V.; ROCHA, F. R. S.; ANDRADE, C.R. Diagnóstico das necessidades de educação permanente das equipes de saúde da família da 241 DSSDA/JF. In: **I Mostra da Universidade Federal de Juiz De Fora**. Juiz de Fora: UFJF, 2005.

FAY, T. B.; YEATES, K. O.; WADE, S. L.; DROTAR, D.; STANCIN, T.; TAYLOR, H. G. Predicting longitudinal patterns of functional deficits in children with traumatic brain injury. **Neuropsychology**. 23, 271-282. 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: UNIFESP. 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)>. Acesso em: Dezembro 2014.

GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, Oct. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 13 Mar. 2015.

GIOVENELLA, L. Atenção Primária À Saúde E Coordenação Dos Cuidados Na Rede Assistencial. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. n. 51, 0103-4383, Rio de Janeiro, Out. 2014.

GOMEZ, J. A. **Reabilitação Neuropsicológica, Abordagem Interdisciplinar e Modelos Conceituais na Prática Clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

GONDIM, S. M. G. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários.** *Estud. Psicologia*, Natal, v. 7, n. 2, 2002.

GOUVEIA, P. A. R.; BRUCKI, S. A.; BOLOGNANI, S. A. P.; BUENO, O. F. A. Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida. **Rev. Psiq. Clín.** 28 (6):295-299, 2001.

GOULART, F. A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde.** Brasília-DF. 2011.

HAMDAN, A. C.; PEREIRA, A. P. A. de; RIECHI, T. I. J. de S. Avaliação e reabilitação neuropsicológica: Desenvolvimento histórico e perspectivas atuais. **Interação em Psicologia** (Qualis/CAPES: A2), v. 15, 2011.

HACHINSKI, V.; DONNAN, G.; GORELICK, P.; HACKE, W. **Stroke: Working Toward a Prioritized World Agenda.** Stroke. 2010.

JOHANSSON, B.; BERGLUND, P.; RONNBACK, L. Mental Fatigue And Impaired Information Processing After Mild And Moderate Traumatic Brain Injury. **Brain Injury.** v. 23, n. 13-14, London, 2009. p. 1027-1040.

KENNEDY, M. R. T. et al. Evidence-Based Practice Guidelines For Cognitive-Communication Disorders. *J. Med. Speech-Lang. Pathol.* v. 10, n. 2, p. ix-xiii [S.I.], 2002.

LACERDA, M. R. et al. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, São Paulo, 2006. p. 88-95.

LAVADOS, P.; HENNIS, A.; JEFFERSON, G.; FERNANDES, J. **Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a**

**regional level:** Latin America and the Caribbean. 6: 362–72. [N.I.], Lancet Neurol, 2007.

LANZA, L. M. B.; CAMPANUCCI, F. S.; BALDOW, L. O. "Healthcare professions and Social Work: challenges for professional education." **Revista Katálysis**, 15.2 2012, p. 212-220.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Rev. Soc. Cardio**. 4:509-18. São Paulo, 1999.

LEZAK, M. D.; HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. **Neuropsychological Assessment**. 4 ed. New York: Oxford University, 2004.

MANOEL, C. M. **A experiência multiprofissional e interdisciplinar da interação universidade-serviços-comunidade: o olhar e o trabalho do professor tutor**. [s.n]. 2012.

MATEER, C. A. Neuropsychological interventions for memory impairment and the role of single-case design methodologies. **Journal of the Neuropsychological Society**, 15, 623-628. 2009.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, set-out. 20(5):1411-16. 2004.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. vol. 12, n. 2, 1413-8123; 2007. p. 335-342. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009)>. Acesso em: 20 novembro 2013

MACDONALD, S.; WISEMAN-HAKES, C. *Knowledge Translation In ABI Rehabilitation: A Model For Consolidating And Applying The Evidence For Cognitive-Communication Interventions*. **Brain Injury**, London, v. 24, n. 3, 2010. p. 486-508.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O Percurso Da Linha Do Cuidado Sob A Perspectiva Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, Botucatu, Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 novembro 2013.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde. Organização Panamericana da Saúde**, 2 ed. Brasília: 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, Rio de Janeiro, Agos. 2010 . Disponível: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 13 Mar. 2015.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. **O imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY E. R. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.; (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes. **Anais eletrônicos**. n. 1, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencoadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencoadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)>. Acesso em: 28 de 2014.

MINAYO M. C. de S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**. 24(2):70-7. Ribeirão Preto, abr-jun, 1991.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento.** / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES S. F (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

NETO, G. S. S. Trinta anos de reabilitação cognitiva com o apoio do computador: o que a neuropsicologia tem a dizer? **Revista Brasileira de Computação Aplicada.** v. 6, n. 1, p. 60-70, 2176-6649, Passo Fundo, abr. 2014.

NOMURA, S.; GARCIA, J. L.; FABRÍCIO, A. M.; BOLOGANI, S. A. P.; CAMARGO, C. H. P. Reabilitação neuropsicológica. In: FORLENZA, O. V.; CAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica.** São Paulo: Atheneu, 2000.

NORRIE, J. et al. Mild Traumatic Brain Injury And Fatigue: A Prospective Longitudinal Study. **Brain Injury.** ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Rede interagencial de informações para a Saúde, v. 24, n. 13-14, London, 2010. p. 1528-1538. Disponível em <<http://www.opas.org.br/ripsa/>>. 2007. Acesso em: 12 /01/2015.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008:** A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca. Brasília: OMS, 2008.

PRADE, C. da V. Habilidades vocacionais e reinserção social em reabilitação neuropsicológica. In: **REABILITAÇÃO Neuropsicológica, Abordagem Interdisciplinar e Modelos Conceituais na Prática Clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 2003. p. 187 - 220,

PIMENTA, A. L. O SUS e a Municipalização à Luz da Experiência Concreta. **Revista Saúde Sociedade**. 2(1) 25- 40, São Paulo. 1993. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100004&script=sci_arttext) >. Acesso em: 12 /01/2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. Rio de Janeiro: IMS-VERJ-ABRASCO, 2001.

PINTO, H. A. **Nova Política Nacional De Atenção Básica: Mais Acesso E Qualidade**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.624pt.v.6,n.2,2012.

PODELL, K. et al. Neuropsychological Assessment. In: **TRAUMATIC Brain Injury. Psychiatr. Clin. N. Am.**, [S.l.], v. 33, n. 4, 2010. p. 855-876.

POMBO, O. **Comunicação e construção do conhecimento científico**. In: POMBO, O. **A escola a recta e o círculo**. Lisboa: Relógio d` Água, 2002.

PONTES, L. M. M.; HÜBNER, M. M. C. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. **Rev. Psiq. Clín** 35 (1); 6-12, 2008.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v. 42, n. 3, Brasília, 2004. p. 451-468.

RIBEIRO, C. D.; SOARES, M. C. F. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 36, n. 2, Washington, Agos. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000700007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Fev. 2015.



RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D.M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M.; SEHEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, 2008. p. 779-86.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005.

RZEZAK, P. **Reabilitação Cognitiva das Habilidades de Percepção Visuoespacial e Visuoconstrução em pacientes com Lesões Encefálicas Adquiridas**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.197-203.

RIBEIRO, C. T. M, RIBEIRO, M. G.; ARAÚJO, A. P.; MELLO, L. R.; RUBIM, L. C.; FERREIRA, J. E. S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 28 (1): 43-8, 2010.

ROMERO, S. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. Em: H. Scarparo (Org.) **Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2000. p. 55-78.

ROLAND, M. Pay-for-Performance: not a magic bullet. **Ann Intern Med**, v. 157, n. 12, Philadelphia, 2012. p. 912-913.

SANTOS, C. e (Org.). Novo (?) Modelo Assistencial de Saúde. **Rev. Pol. Públ.** v. 12, n. 1, São Luis, jan.-jun. 2008. p. 73-81.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, 2001. p.33-53.

SAUPE, R. et al. *Competence of health professionals for interdisciplinary work*. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, set/dez 2005. p.521-36.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, Rio de Janeiro, 2010. p. 3579-86.

SEPPILLI, T.; PETRANGELI, E; CAPRARA, A. *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva nella Regione Umbria*, Itália, 2002. In: VII SINAPIH, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, E. L.; ESTERA. M. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4 ed. Rev. Atual. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p.

SILVA, S. R. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. v.10, n.1, São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie CCBS no Programa de Pós-graduação, 2010. p.146-152.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14)>. Acesso em: 13/03/15.

SCRIMSHAW, S.; HURTADO, E. ***Anthropological approaches for programmes improvement***. Los Angeles: University of California Press, 1987.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 4, Rio de Janeiro, Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 Mar. 2015.

STARFIELD B, SHI L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**. 60:201-216. 2002.

STRUCHEN, M. A. et al. *Relation Of Executive Functioning And Social Communication Measures To Functional Outcomes Following Traumatic Brain Injury*. **Neuro Rehabilitation**. [S.I.], v. 23, n. 2, 2008. p. 185-198.

SOUSA, C. M.; SOUZA, A. A. (Org.). **Jornadas de junho: repercussões e leituras**. Campina Grande: EDUEPB, 2013. Disponível em: <<http://www.uepb.edu.br/pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2014.

SOUSA, R. M. C. Comparação entre instrumentos de mensuração das consequências do trauma crânio-encefálico. **Revista Enfermagem USP**. 40(2):203-13, 2006. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/2006](http://www.ee.usp.br/reeusp/2006)>. Acesso em: 15 outubro 2014

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 19 [3]: 777-796. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: Agosto 2013.

TRAVESSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno Saúde Pública**; 20(1):80-8. 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, v. 7, n. 2, Brasília, jun. 1998 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 mar. 2015.

TUCKER, J. A.; REED, G. M. Evidenciary pluralism as a strategy for research and evidence-based practice for rehabilitation psychology. **Rehabilitation Psychology**, n. 53, 2008, p. 279-293.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**. 11(4):525-531. jul-agos. 2003. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 18/01/2015.

ZILLI, F.; LIMA, E. C. B. A.; KOBLER, M. C. Neuroplasticidade na reabilitação de pacientes acometidos por AVC espático. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**. set./dez.;25(3):317-322, São Paulo, 2014.

WILSON, B. A. Reabilitação das deficiências cognitivas. In: NITRINI, R.; CAMELLI, P.; MANSUR, L. L. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. **Clínica Neurológica HCFMUSP**, São Paulo, 1996. p. 314-343.

\_\_\_\_\_. **Memory rehabilitation: integrating theory and practice.** New York: The Guilford Press. 2009.

WILSON, B. A.; GRAECY, E. **Blackground and theory:** Towards a comprehensive model of neuropsychological rehabilitation. Cambridge University, 2009.

WEHMAN, P.; TARGETT, P.; WEST, M.; KREGEL, J. Productive work and employment for persons with traumatic brain injury: What have we learned after 20 years? **Journal of Head Trauma Rehabilitation**, [s.n.]. 2005.

WORLD Health Organization. **The world health report.** Geneva: WHO, 2000.

YACH, D.; HAWKES, C.; GOULD, C.L.; HOFFMAN, K. J. *The global burden of chronic diseases: Overcoming impediments to prevention and control.* 291:2616-2622. JAMA, [S.I.], 2004.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AOS GESTORES

Sexo:

Idade:

Função Exercida:

Quanto Tempo:

Escolaridade:

Em sua opinião, como deve ser estruturada a rede de atenção à saúde, sob a ótica da integralidade do cuidado no processo de Reabilitação em pacientes com agravos agudo?

2) Na nossa região, é do seu conhecimento a existência de modelos e protocolos na rede de Atenção objetivando reinserção do paciente com LEA na equipe multidisciplinar?

3) Atualmente, como é pensado a Reabilitação na prática cotidiana dos serviços e das equipes?

4) Após a alta hospitalar, como ocorre a reabilitação deste paciente LEA quando necessita de atendimento especializado, cuidados domiciliares e reintegração social e no trabalho?

5) Na prática da reabilitação neuropsicológica tem como objetivo a reinserção social e funcional do indivíduo. Nesse sentido, qual a sua percepção referente à rede de assistência e cuidado?

6) Como está sistematizado o percurso clínico assistencial em termos de sistema de informação e cadastro de dados dos pacientes portadores de LEAs (dados de morbidade, mortalidade, referência e contra referência, planos terapêuticos singular e outros)?

7) Que estratégias em termos de planejamento e gestão estão sendo estruturadas ou sistematizadas para implantação do programa melhor em casa pelas equipes da atenção básica?

8) Vocês enxergam essa questão portaria como políticas públicas (linha de cuidado)?

## **APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL COM SERVIDORES E FUNCIONÁRIOS:**

Introdução do grupo: A nível de informação LEA é caracterizada para casos em que o sujeito levava uma vida normal e em decorrência de um acidente cerebral interrompe suas funções ocupacionais na sociedade.

- 1) Vocês possuem conhecimento de programas de Reabilitação Neuropsicológica de pacientes acometidos por uma Lesão Encefálica Adquirida?
- 2) Você sabia que está sendo implantada na nossa região a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e uma Linha de Cuidado que visa atender pacientes com lesões cerebrovasculares?! Nesse sentido, possui algum conhecimento sobre a RUE de alguma prática existente para este público específico?
- 3) Como equipe, como vocês percebem os atendimentos voltados para essa demanda específica de pacientes?
- 4) Em algum momento já receberam treinamento para realizar os atendimentos com maior clareza visando minimizar maiores lesões cognitivas e físicas?
- 5) Na prática da reabilitação neuropsicológica tem como objetivo a reinserção social e funcional do indivíduo. Nesse sentido, qual a sua percepção referente ao paciente que se encontra com uma série de limitações físicas e cognitivas?

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

---

Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (\_\_\_\_\_), portador da Carteira de Identidade, RG (\_\_\_\_\_), nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **Lesão Encefálica Adquirida e Reinserção Social: Estudo da Prática nos Serviços da Rede de Atenção A Saúde em um Município da Serra Catarinense.**

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo se refere a investigar e analisar a rede de atenção à saúde na Serra Catarinense quanto ao cuidado reabilitador de portadores de LeA.
2. A pesquisa é importante de ser realizada pela necessidade de melhor conhecer como está estruturada a rede de atenção a saúde (RAS) quanto a estas atividades reabilitadoras e de inserção social a portadores de LEA e problematizar novas condutas à serem pensadas com esta relevância social.

3. Participarão da pesquisa Gestores Saúde entre eles secretarias, unidade básica de saúde e do hospital de referencia de um município da Serra Catarinense. Em relação aos servidores públicos e funcionários da saúde sugere-se os profissionais que mantenham de forma ativa a função exercida.
4. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada na Serra Catarinense que está configurada em dois momentos: a) Entrevistas com gestores dos vários níveis da RAS e b) Formação de quatro grupos focais que se fizeram presentes nas Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual foram escolhidas pela demanda espontânea atribuídas a Lesão Encefálica Adquirida (LEA).
5. Para isso A pesquisa não traz riscos para saúde dos sujeitos e já está definida na metodologia do trabalho. Em casos de algum desconforto psicológico os participantes terão suporte psicológico da pesquisadora bem como encaminhamento para Serviço Escola da Universidade. Como a pesquisa não envolve danos à saúde dos participantes, não há possibilidade de indenização. Por se tratar se uma pesquisa com humanos, será priorizado o respeito às pessoas não explorando a vulnerabilidade de outrem. Diante disso, será realizado um contrato verbal de confiabilidade e o anonimato dos sujeitos por meio da pesquisadora e orientadora, neste caso utilizado nomes fictícios.
6. A pesquisa é importante de ser realizada pois estes são atribuídos a melhoria no que diz respeito funcionalidade e prática da reabilitação neuropsicológica, estendendo para linha de cuidado referente a RAS. Salienta também como benefícios a discussão e reflexão proporcionada pelo grupo focal na equipe de saúde, neste caso, deixando o registro científico do presente tema.
7. Se houver algum problema ou necessidade, posso buscar assistência no Serviço Escola de Psicologia da Universidade.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar Maria Conceição de Oliveira responsável pela pesquisa no telefone 3251- 1029 ou no endereço Av. Castelo branco, 170 – Bairro Universitário.  
Tenho a liberdade de não participar ou interromper a



colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.

9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados
10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: (nome e assinatura)

Endereço para contato: Av. Castelo branco, 170 – Bairro  
Universitário

Telefone para contato: 3251-1029

E-mail:

mcoliveira14@gmail.com

CEP – UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 – PROPEG -  
Telefone para contato: (49) 3251-1078

**ANEXO B – TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO**

Portas de Entrada			
Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitado sem alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral,

	especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00

Tabela: Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador

