Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Mestrado Profissional

PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DA ZONA DA MATA MINEIRA

VERA MARIA DA SILVA

Orientador

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

DEZEMBRO DE 2015

PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DA ZONA DA MATA MINEIRA

VERA MARIA DA SILVA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Políticas Públicas em Saúde e Gestão do Espaço Hospitalar.

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL
DEZEMBRO 2015

VERA MARIA DA SILVA

PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DA ZONA DA MATA MINEIRA

Aprovado por:

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado - UNIRIO

Presidente/ Orientador

_____

Profª Drª Elen Martins Castelo Branco- UFRJ

Primeira Examinadora – Externo

_____

Profª. Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo- UNIRIO

Segunda Examinadora – Interno

_____

Profª Drª Maria Luiza Oliveira Teixeira- UFRJ

Primeira Suplente – Externo

_____

1. Profª. Drª.Mônica de Almeida Carreiro- UNIRIO

Segunda Suplente – Interno

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Vera Maria da.

S586 Papel do gestor hospitalar na implantação da rede de cuidados a pessoa com deficiência no âmbito da Zona da Mata Mineira / Vera Maria da Silva, 2015.142 f. ; 30 cm

Orientador: Wiliam César Alves Machado.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Centros de Reabilitação. 2. Administração Hospitalar. 3. Alta do Paciente. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Machado, Wiliam César Alves. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. III. Título.

CDD – 617.03

DEDICATÓRIA

Dedico e agradeço a Deus de joelhos por ajudar-me na superação das inúmeras dificuldades inerentes a minha caminhada, enviando-me o espírito santo; oportunizando-me superá-los e atingir a meta. A minha filha Josiane sempre compartilhando aspectos técnicos;- Bruno, Priscila e seu filho Cauã, amando-me incondicionalmente; Ao Mário pela contribuição silenciosa; meus irmãos, pela admiração e respeito; meus pais (in memoriam), sobretudo minha mãe, da qual sigo o conselho: "Segura na mão de Deus".

AGRADECIMENTOS

A Deus que me fortalece favorecendo-me a compreensão, discernimento conduzindo-me sob a luz do Espírito Santo cotidianamente, permitindo-me um enfrentamento fortalecido.

A meus filhos, por compreenderem a necessidade de ausentar-me quanto à atenção integral ao manter-me concentrada na pesquisa.

Aos meus pais (in memoriam) José Antônio da Silva e Delourdes Maria da Silva que como excelentes tutores conduziram bem através da sua sabedoria as minhas irmãs Wanda Maria da silva, Walter e Wanderson Antônio da Silva, Waldete Maria da Silva pela admiração e Vilma Maria da Silva agradeço pela força espiritual e exemplo de superação morando fora do país.

Ao meu orientador, Dr. Wiliam César Alves Machado, pela dedicação, tolerância, paciência e disponibilidade incansável que em momento algum deixou de conduzir-me técnica e eticamente, acreditando em mim e favorecendo aquisição de um conhecimento no qual serei multiplicadora dinâmica em prol de melhorar qualidade de vida, a minha eterna gratidão.

Aos meus amigos e líderes do trabalho dos quais me afastei devido estar dedicando-me a este momento de formação, com especial carinho a professora Mestre Telma Giovanini enquanto minha coordenadora na Universidade Presidente Antônio Carlos- UNIPAC - núcleo Juiz de Fora – MG, que contribuem para atingir este objetivo pessoal e profissional.

A solidariedade dos colegas de turma do mestrado, a receptividade e presteza peculiar dos professores, coordenadores essenciais para minha formação.

Todos foram essenciais para o enfrentamento e superação das minhas dificuldades.

Aos técnicos administrativos sempre disponíveis que diminuíram distância geográfica.

A todos meu muito obrigada, através do compartilhamento alcancei esta meta!

SILVA, V. M.Papel do Gestor Hospitalar na Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Rio de janeiro, 2015, 142.p Relatório de Qualificação, Mestrado Profissional - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

RESUMO

Relatório final de pesquisa de mestrado, com objetivo de identificar como profissionais gestores médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com sequelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação, considerando-as potenciais usuárias de programas de reabilitação física. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, realizado no segundo semestre de 2014, com 13 enfermeiros e 12 médicos. O cenário do estudo foi Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora-MG, por promover atendimento a esta clientela no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos encaminhamentos pós-alta hospitalar são feitos para a rede credenciada de serviços de atenção básica às unidades de reabilitação da região. Os critérios de inclusão foram ser maior de 18 anos, gestor hospitalar, enfermeiro ou médico que exerça cargo de chefia em unidades de internação clínica/ cirúrgica/urgência/emergência e unidade de terapia intensiva, além de concordar em participar voluntariamente do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dados coletados através de entrevistas, baseados em roteiro semiestruturado, transcritas na íntegra e analisados a luz da estatística descritiva para os dados quantitativos, devidamente complementados pela técnica de análise temática de conteúdo. Da análise dos dados emergiram as seguintes categorias temáticas: Conhecimento sobre a rede de cuidados da pessoa com deficiência; Critérios usados para alta dos clientes com sequelas neurológicas incapacitantes; Preparo da alta hospitalar: envolvimento da família, rede básica e demais serviços; e Visita domiciliar: avaliação da ambiência e acessibilidade. Para a elaboração do primeiro artigo a ser publicado em periódico indexado nas bases de dados da área de conhecimento, valeu-se de duas categorias temáticas, a saber: 1) Critérios usados para alta dos clientes com sequelas neurológicas; 2) Preparo da alta e seus desdobramentos. Ambas decodificadas, analisadas, discutidas e formatadas na forma de manuscrito submetido a periódico da área. O perfil sóciodemográfico dos participantes deste estudo apontou prevalência de

participantes do sexo feminino (56%). A faixa etária dos participantes da pesquisa revelou que 64,54% (8) enfermeiros estão entre a faixa etária de 31 a 40 anos, ao passo que 66,66 (8) gestores médicos têm entre 41 a 60 anos, além de haver mais médicos na faixa etária de 61 a 70 anos. Quanto ao tempo de formação, observou-se que 84,62% dos enfermeiros estão formados em período de 1 a 10 anos, em contrapartida, médicos informaram maior tempo de formados, inclusive 16,67% (2) atuando por período de 41 a 50 anos. Do tempo de atuação no setor, ficou constatado que 76,92% (10) enfermeiros atuam entre 1 a 10 anos e que 8,33% (1) médico já atua no setor há período correspondente a 41 a 50 anos. O tempo de atuação na instituição mostrou prevalência de enfermeiros 76,92% (10) entre 1 a 10 anos, enquanto maior percentual de médicos 41,67% (5) entre 11 e 20 anos. No transcurso do estudo surgiu a necessidade de se propor a implantação de um Protocolo de encaminhamento hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante para atendimento na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência referenciado pelo Sistema Único de Saúde. Concomitantemente, outras possíveis categorias temáticas deverão ser trabalhadas a posteriori, visando a elaboração de outros manuscritos para futuras submissões em periódicos indexados. Conclui-se que, tanto médicos quanto enfermeiros comungam da opinião que os critérios de alta desta clientela devem ser exclusivamente de competência médica, enquanto outros participantes compartilham da opinião de que a alta deve ser compartilhada com a equipe de saúde. De acordo com os relatos dos participantes do estudo, predomina a perspectiva de que a família deve ser envolvida no preparo da alta desses clientes, em função do reconhecimento do importante papel de cuidadores domiciliares prestando cuidados no dia a dia dessas pessoas. O mesmo pôde ser observado nos relatos dos gestores que participaram deste estudo, no concernente ao encaminhamento desses clientes para os serviços de saúde e reabilitação disponíveis na comunidade, embora com menor expressão. O estudo também aponta para a necessidade de ampliar a divulgação das implicações da Rede a partir da implantação dos Centros Especializados de Reabilitação, considerando relevante a oportunidade oferecida aos participantes de tomar conhecimento sobre as implicações da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

Palavras chave: Reabilitação, Gestão Hospitalar, Alta do Paciente, Lesão neurológica, Incapacidade, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Final report of master's research, in order to identify how professional medical officers and nurses responsible for hospital units come in preparing discharge for people with neurological, traumatology and orthopedic sequelae, entry of dependents in rehabilitation programs, considering the potential users of physical rehabilitation programs. This is a descriptive study, with quantitative and qualitative approach, conducted in the second half of 2014, with 13 nurses and 12 doctors. The setting was Santa Casa de Fora-MG Judge's mercy for foster care to this clientele within the Unified Health System (SUS), whose hospital after referrals are made to the accredited primary care services to rehabilitation units in the region. Inclusion criteria were being older than 18, hospital manager, nurse or doctor who performs management positions in clinical inpatient units / surgical / emergency / rescue and care unit, and agree to participate voluntarily in the study and sign the Term of Consent. Data collected through interviews based on semi-structured, fully transcribed and analyzed in light of the descriptive statistics for quantitative data, duly complemented by the technique of thematic content analysis. The data analysis emerged the following thematic categories: Knowledge about the person's care network with disabilities; Criteria used for discharge customer with disabling neurological sequelae; Hospital discharge preparation: family involvement, core network and other services; and Home visit: evaluation of ambience and affordability. For the preparation of the first article to be published in peer-reviewed journal in the data bases of the area of know ledge, drew on two themes, namely: 1) Criteria used for discharge customer with neurological sequelae; 2) the discharge preparation and its consequences. Both decoded, analyzed, discussed and formatted in the form of manuscript submitted to periodic the area. The sociodemographic profile of the study participants pointed prevalence of female participants (56%). The age range of study participants revealed that 64.54% (8) nurses are between the age group of 31 to 40 years old, whereas 66.66 (8) medical managers have between 41 to 60 years old , plus there is more physicians aged 61-70 years old. As for the time of formation, it was found that 84.62% of nurses is formed in a period of 1 to 10 years, in contrast, reported medical longer formed, including 16.67% (2) operating for a period of 41 to 50 years old. Actuation time in the industry, it was found that 76.92% (10) nurses work between 1-10 years and 8.33% (1) Medical already operates in the industry for the period corresponding to 41 to 50 years old. The performance in the institution showed prevalence of nurses 76.92% (10) between 1-10 years old, while higher percentage of

physicians 41.67% (5) between 11 and 20 years old. In the course of the study it became necessary to propose the implementation of a hospital Routing Protocol customers with disabling neurological injury to meet in person to Care Network with Disabilities referenced by the Unified Health System. At the same time, other possible themes will be worked a posteriori, in order to develop other manuscripts for future submissions in indexed journals. It is concluded that both doctors and nurses share the opinion that the discharge criteria of this clientele must be medical competence exclusively, while other participants share the view that the increase should be shared with the health team. According to the reports of the study participants, the predominant view is that the family should be involved in the preparation of these clients discharge, due to the recognition of the important role of home caregivers providing daily care to these people. The same could be observed in the accounts of the managers who participated in this study, regarding the referral of these clients to health and rehabilitation services available in the community, although to a lesser extent. The study also points to the need to broaden the dissemination of Network implications from the implementation of the Specialized Rehabilitation Centers, relevant considering the opportunity for participants to become aware of the implications of the Person with Disability Care Network.

Key words: Rehabilitation, Hospital Management, Discharge of Patient, neurological injury, Disability, Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

APS - Atenção Primária de Saúde

ASIA- American Spinal Injury Association

BIPAP- Bilevel Positive Pressure Airway

CER- Centro Especializado de Reabilitação

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

CIR- Comissão Intergestores Regionais

CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde

CNAS- Conferência Nacional de Assistência Social

COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública à Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DID- Departamento de Internação Domiciliar

DAS -Direção e Assessoramentos

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FG- Função Gratificada

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HPS- Hospital de Pronto Socorro

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMSOP- Internacional Medical Society of Paraplegia

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

JF- Juiz de Fora

LME- Classificação das Lesões da Medula Espinal

MS- Ministério da Saúde

MG- Minas Gerias

MG/SAS- Minas Gerais /Secretaria de Atenção à Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NANDA-North American Nursing Diagnosis Association

NOB- Norma Operacional Básica

NOAS-Norma Operacional da Assistência à Saúde

ONA - Organização Nacional Acreditação

OPME - Órteses Próteses Material Especial

OMS- Organização Mundial da Saúde

PcD - Pessoa com Deficiência

PPPI- Programação Pactuada Integrada

PDR- Plano Diretor de Regionalização

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENASES- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES- Secretaria de Estado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TRM- Traumatismo Raque Medular

UAPAS- Unidade de Atenção Primária à Saúde

UTI - Unidade de Terapia intensiva

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de janeiro

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USA- Unidade de Suporte Avançado

WHO- Word Healt Organization

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO 14
2- PROBLEMATIZAÇÃO 17
3- OBJETIVOS 19
3.1- Objetivo Geral 20
3.2- Objetivo Específico 20
4- JUSTIFICATIVA 20
5- BASES TEÓRICO CONCEITUAIS 24
6- METODOLOGIA 28
7- RESULTADOS 33
8- DISCUSSÃO 59
9- CONCLUSÃO 73
10- REFERÊNCIAS 76
APÊNDICE 1- ARTIGO 1 85
ANEXO 1 – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 104
ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO 107
ANEXO 3 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA 109
ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO 111
ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIRIO 112
ANEXO 6 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 113
ANEXO 7 – PRODUTO ACADÊMICO 114
REFERÊNCIAS DO PRODUTO ACADÊMICO 138

1- INTRODUÇÃO

Historicamente a trajetória do indivíduo com deficiência é marcada por preconceitos e lutas em favor do direito de cidadania. A imagem que muitos carregavam era de má formação do corpo e da mente e tal imagem denunciava a imperfeição humana. No Brasil crianças eram abandonadas em locais assediados por bichos, mutiladas ou mortas. A partir de medidas segregacionistas com instituições de abrigo e escolas especiais, somadas ao aprofundamento de conhecimentos no campo biológico, inicia-se uma nova trajetória da construção sócio-cultural desta clientela, culminando no Século XX com mudanças decorrentes da Declaração Universal dos Direitos Humanos. (FERNANDES et. al.;2011)

De acordo com Mitre (2013), a Organização das Nações Unidas define reabilitação como um processo que visa conseguir que pessoas com deficiência estejam em condições de alcançar e manter uma situação funcional ótima do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, de modo a contar com meios para modificar a própria vida e serem mais independentes.

Para a autora, os centros de Reabilitação surgiram e se legitimaram no modelo biomédico, no Brasil, historicamente caracterizaram-se pela baixa cobertura e resolubilidade, centrados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidos, serviços prestados de forma fragmentada por distintas instituições de vários setores, adotavam diferentes resoluções sem coordenação, negligenciando as necessidades desse segmento populacional e agravando as iniquidades sociais (MITRE, 2013).

Para Mendes (2010), um sistema de saúde caracterizado por segmentação e forte hegemonia do setor privado tem sido apresentado em propostas recentes pelos Estados Unidos, seguidos deste mesmo desenvolvimento na Europa Ocidental e Canadá que contam com sistemas públicos eficientes permeados por acessibilidade universal.

Na América Latina, para Organização Pan Americana da Saúde, as causas para fragmentação são porque muitos dos seus continentes possuem um serviço público com modelo de atenção pautado na enfermidade, com ênfase na atenção hospitalar o que acarreta a fragmentação através de lacunas na assistência e falta de garantia da continuidade do trabalho. Ainda há países que focam a atenção básica (AB) através de

um pacote básico de serviço para atender a população de baixa renda, não garantindo acesso aos níveis maior de complexidade que são fatores importantes (SILVA, 2011).

A luz das inovações propostas pela Reforma Sanitária iniciou-se a reconstrução da assistência à saúde da pessoa com deficiência no país, com a consequente implantação de uma territorial de assistência pelo Sistema Único de saúde (SUS) e o novo modelo de reabilitação, baseado na integralidade de acordo com o Ministério da Saúde (2013), deve centrar-se no usuário e articular-se em redes integradas e em interfaces com outros serviços e setores.

O interesse em estudar o tema sobre questões relacionadas aos cuidados a pessoa com deficiência nos contextos hospitalares e sua integração com demais pontos de atenção do sistema, decorreu da leitura sobre a legislação, mais especificamente reforçado pelo disposto na Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde, e define critérios para a implantação de cada componente e o financiamento por modalidade.

Em diálogo com o orientador deste trabalho Dr. Wiliam César Alves Machado e como enfermeira que atua na esfera de avaliação qualitativa dos procedimentos hospitalares (auditoria), surgiu interesse de investigar como os gestores hospitalares promovem elos com as demais esferas da rede, possibilitando acesso aos centros especializados em reabilitação (CER) para a pessoa com deficiência, tendo como referencia as relações das equipes profissionais que atuam nos setores sob sua gestão com as demais pessoas e unidades envolvidas na rede.

Para fins deste estudo, reportaremos aos dados do censo demográfico 2010, que apontou existência de 45.606.048 de pessoas que declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas como visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, correspondendo a 23,9% da população brasileira. Dessas pessoas, 38.473.702 se encontravam em áreas urbanas e 7.132.347, em áreas rurais. Destacamos a região Sudeste, o estado de Minas Gerais, um dos maiores do país em área (586.520 Km^2), segundo maior estado mais populoso (19.583.789) pessoas distribuídas em 853 municípios, há destaque para uma concentração populacional em Juiz de Fora em torno de 516.247 mil habitantes (IBGE, 2010).

O incentivo foi maior devido a informação que cerca de 20% desta população em 2012 têm algum tipo de deficiência permanente, e de acordo com a fala do assessor

do Núcleo de Atendimento Especial à Pessoa com Deficiência da Secretaria de Assistência Social(SAS) da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora: "*dado preocupante"*, pois o mesmo levantamento feito em 2000 mostrava uma proporção em torno de 13%.(UFJF, 2012; IBGE,2010).

Estes dados estatísticos reforçam a necessidade de implementar as Diretrizes do Ministério da Saúde fundamentadas na Portaria nº 793\2012, quando esta institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.

Os objetivos gerais constam no capítulo 1° - das disposições gerais, art. 3. I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva; regressiva; ou estável; intermitente ou contínua no SUS.; II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.(BRASIL,2012)

A referida Portaria foi um importante marco. Seu conteúdo aborda questões conceituais, os objetivos, diagnóstico e o desenho de forma a ser estruturado, das especialidades, do plano de ação e do componente de atenção hospitalar.

Referindo-se ao papel do Gestor Hospitalar na Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, refletiu este papel em termos de elos com as demais esferas envolvidas, de forma a possibilitar o acesso destes aos centros de especialização em reabilitação, esta Portaria trouxe contribuições seminais ao processo de entrada e saída dos clientes na rede de Cuidados.

Para desenvolver este projeto de pesquisa foi buscado estudar para melhor compreender esta legislação. A finalidade era de conhecer a atuação de médicos e enfermeiros no preparo para alta e o cuidado integral a esta grande parcela da sociedade, de modo a favorecer sua inclusão social e o cumprimento aos seus direitos, através de ações compartilhadas com o gestor, encaminhando-os à rede de cuidados, assegurando a continuidade do cuidado, atenção às necessidades detectadas e de que maneira estes profissionais estabelecem relações com os demais profissionais que compõem esta rede.

Assim, refletimos a construção da seguinte questão de pesquisa: Como gestores hospitalares, enfermeiros e médicos, procedem quanto aos critérios adotados no preparo

de alta de clientes com lesão neurológica incapacitante dependentes de ingresso em programas de reabilitação?

Para manter a coerência no abordado nas partes deste estudo surgiram as seguintes questões norteadoras: Como os profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com sequelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação?

Quais são as relações estabelecidas entre os profissionais médicos enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar, com as demais esferas da rede de cuidados às pessoas com deficiência?

2-PROBLEMATIZAÇÃO

Para o Município de Juiz de Fora, dados disponibilizados pelo IBGE (2010) Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade Federal de Juiz de Fora - (UFJF) apontam uma população de 107.745 cerca de, 20,8% da população informou ter algum tipo de deficiência permanente. Dentre essas, cerca de 74 mil pessoas possuem alguma dificuldade visual; 26 mil pessoas com dificuldades auditiva; 39 mil pessoas com dificuldade motora e 8 mil pessoas com dificuldade mental ou intelectual. O que implica considerar que em torno de 74 mil juiz-foranos são potencialmente cidadãos e cidadãs com perfil de pessoas que serão beneficiadas com a implantação da rede de cuidados para pessoas com deficiência. (IBGE;2010,UFJF, 2013)

O mesmo levantamento feito em 2000 mostrava que 13% das pessoas se enquadravam nestas condições segundo o assessor do Núcleo de Atendimento Especial à Pessoa com Deficiência da Secretaria de Assistência Social (SAS).

Considerando que 70% das causas que dão origem a algum tipo de deficiência poderiam ser evitadas ou atenuadas através de medidas preventivas (Brasil, 2010), que o gestor tem papel fundamental no que diz respeito a gerir através da cogestão com uma equipe que assegure a interação entre a atenção hospitalar de urgência e emergência e a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência. Nesse sentido, procuramos focar o presente estudo na problematização da busca por romper barreiras, favorecendo a

acessibilidade da pessoa com deficiência por lesão neurológica incapacitante, na Rede de Cuidados no Município da Zona da Mata Mineira.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências instituída em 2006 e atualizada em 2011, determina que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços do SUS. Isso possibilita a integral resolução dos problemas e/ou transferência deste cliente responsavelmente para um serviço de maior complexidade, dentro do sistema hierarquizado, regulado organizado em redes regionais de atenção à urgência como elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (SANTOS et al.,2013).

Nesse caminhar intelectivo pôde-se analisar junto ao orientador questões relativas à escolha da unidade hospitalar para compor cenário deste estudo. Assim, optamos pela Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG, por ser referência na área traumatológica e ortopédica da região, por manter convênio com o SUS, sendo submetido aos critérios quanto ao processo de acreditação da ONA.Tem corpo clínico constituído por profissionais na especialidade neurológica, clínica médica/ cirúrgica, urgência/emergência e unidade de terapia intensiva, o que se traduz em equipe multiprofissional que atende o objetivado pelo presente estudo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência é um instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, conceitua a pessoa com deficiência como aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que geram incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Sendo que este conceito vem sendo reformulado no decorrer dos anos considerando de uma forma ou de outra as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. (BRASIL,2012)

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais se destacam: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas. Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios

resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas portadoras de deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. (BRASIL, 2012)

Nesse contexto, os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando à garantia da qualidade do atendimento e a uma reabilitação integradora e global da pessoa portadora de deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem como com organizações não governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional. O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, a facilitar o acesso ao tratamento da pessoa portadora de deficiência. (BRASIL, 2012)

Ademais, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor Saúde, quanto no contexto de outros setores. (BRASIL, 2012)

Para contribuir no processo de uma reabilitação/habilitação da Pessoa com Deficiência (-PcD) de forma eficaz há necessidade de elo do gestor hospitalar com as demais instâncias da Rede de Cuidados a PcD na implantação desta no Âmbito da Zona da Mata Mineira, delineando o contexto das relações sociais com profissionais médicos e enfermeiros, sobretudo o gestor hospitalar para operacionalizar as diretrizes do Ministério da Saúde.

Sendo de interesse deste estudo o componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, contido na seção III da Portaria 793/2012, devido refletir sobre as ações do gestor hospitalar que contemple melhoria nos serviços de saúde relacionados com a estrutura organizacional, e principalmente, para a satisfação dos usuários com deficiência devido à inexistência de uma cultura de qualidade voltada para estes aspectos.

3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar como profissionais gestores médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com seqüelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever os critérios utilizados por gestores enfermeiros e médicos que atuam na gestão de unidades de internação hospitalar, para preparo de alta de clientes com lesão neurológica incapacitante e com indicação para acesso aos serviços de reabilitação.

Analisar como procedem gestores enfermeiros e médicos que atuam na gestão de unidades de internação hospitalar, no encaminhamento de clientes com lesão neurológica incapacitante para atendimento na rede de serviços da Atenção Básica disponíveis na comunidade.

Propor protocolo de encaminhamento hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante, para atendimento na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência referenciada pelo Sistema Único de Saúde.

4- JUSTIFICATIVA

De acordo com a Portaria nº 793/2012, para garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, o Centro Especializado de Reabilitação (CER) contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados e serão utilizados por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. (BRASIL, 2012)

Este componente em seu artigo 22º esclarece que o CER deverá: responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência, instituir equipes de referência em

reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência.

Ademais, deve ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar, ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação e ampliar acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação e ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. (BRASIL, 2012)

Os critérios de definição para implantação da CER constam nos artigos 23º e 24º, cuja implantação de cada componente por parte da União será objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e o Ministério da Saúde instituirá e coordenará o Grupo de Trabalho Tripartite, por ato específico, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até 180 dias (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 793 ainda enfatiza que o gestor deve compreender que as doenças crônicas não transmissíveis constituem hoje o maior desafio para os sistemas de saúde por modificarem o padrão de necessidade da população, o que lhes impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas não mais na expectativa de cura, mas do cuidado, efetivando-o na integralidade.

E com uma assistência que possibilite o acesso desta população aos centros especializados em reabilitação, à partir de uma coordenação com capacidade de garantir a continuidade da atenção, de modo integrado com os diferentes pontos de vigilância compreendida nas dimensões verticais entre a Atenção Primária de Saúde (APS) e demais níveis do sistema e horizontais, articulação com a própria equipe e serviços de saúde e equipamentos. (RODRIGUES et al.,2014).

A propósito, a gestão é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social. No âmbito da Saúde, a gestão inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e a avaliação de planos, programas e projetos. (BRASIL, 2005)

A cogestão é, por conseqüência, um modo de gestão em equipe, próprio das sociedades democráticas, no qual o poder é compartilhado por meio de análises,

avaliações e decisões conjuntas, envolvendo os diferentes atores sociais que participam do processo. (BRASIL, 2005)

De acordo com as diretrizes do Ministério de Saúde (2005), gerir a saúde em qualquer esfera institucional coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. E o primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É sabido que a direção e gestão do SUS são exercidas pelos Secretários de Saúde das esferas Municipais, Estaduais, do Distrito Federal ou órgãos equivalentes e, no caso da União, pelo Ministro da Saúde. (BRASIL, 1990)

Desta forma o Ministério da Saúde parte do princípio de que todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção no paciente melhor e mais humanizada. Dessa melhoria na atenção fazem parte o respeito e valorização ao paciente, a humanização do atendimento e a adoção de medidas que visem a atender às crescentes exigências e necessidades da população, objetivos esses que têm sido perseguidos com persistência.

O Ministério da Saúde, dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da assistência hospitalar à população e no incremento da qualidade da gestão e assistência, tem desenvolvido grandes esforços nessa área através programas como o de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, o de Humanização da Assistência, o de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos, o de Acreditação Hospitalar além de ter realizado significativos investimentos no reequipamento e reforma de inúmeros hospitais em todo o País.

Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos/ e tecnologias/equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano (BRASIL, 2005).

Cada Território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão (BRASIL,2005).

O caminho comum trilhado pelos gestores da Saúde é a busca por soluções que os ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS. Rompendo com dificuldades herdadas de velhos modelos hierárquicos e estanques, que devem ser substituídos pela noção de pertencimento e *empoderamento* dos sujeitos, será possível a construção de um sistema que contemple ampla participação social e a cogestão. Um processo de cogestão no qual se pactue a responsabilidade sanitária de cada um, que deve se expressar no compromisso estabelecido entre os entes no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, na garantia da atenção às necessidades de saúde da população, em territórios definidos mediante a organização dos serviços e da gestão do sistema. (BRASIL, 2005)

A terminologia gestão hospitalar surgiu decorrente de um processo de avaliação que indicam necessidade de melhoria nos serviços de saúde relacionados com a estrutura organizacional, e principalmente, para a satisfação dos usuários, devido à inexistência de uma cultura de qualidade voltada para estes aspectos.

A qualidade da gestão tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma interação harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao paciente. (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que teoricamente, a integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos.

A integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e famílias, portanto o conceito de integralidade remete a integração por meios das redes assistenciais, reconhecendo a interdependência, a organização em face da constatação que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos, e competências necessárias para solucionar os problemas de saúde da população, em seus diversos ciclos de vida, portando sendo indispensável desenvolver mecanismos de cooperação,

próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda a necessidade de saúde em âmbito local e regional. (BRASIL, 1990).

Sendo assim os participantes deste estudo que são médicos, enfermeiros e responsáveis técnicos por unidade hospitalar que desenvolvem cargos de liderança foram genericamente denominados gestores hospitalares.

As Redes de Atenção de Saúde possuem aspectos comuns como interdependência, autonomia, confiança, cooperação, relações relativamente estáveis. Nesta perspectiva elas são propostas para lidar com projetos complexos de gestão e atenção em saúde, inteirando-se com diferentes agentes e sociedade civil organizada, visando prioritariamente à promoção da saúde (BRASIL, 2012, BRASIL, 2010ª).

No Brasil, a busca pela qualidade dos serviços de saúde prestados torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde: recursos insuficientes e utilizados de maneira inadequada, escassa aplicação de planejamento estratégico, inexistência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados; carência de indicadores de desempenho, assim como de padrões de qualidade e o alto custo da baixa qualidade (desperdício, (re) trabalho e entre outros), além da inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes. (BRASIL, 2001)

O Programa Brasileiro de Acreditação surge como estratégia do Ministério da Saúde para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde bem como a qualidade da gestão e da assistência prestada. A Acreditação enfocada sob essa ótica é um processo formal, espontâneo e externo que avalia e reconhece se o serviço atende ou não a padrões pré-definidos no Manual de Acreditação (BRASIL, 2002).

5-BASES TEÓRICO CONCEITUAIS

O Brasil nos últimos anos tem avançado na promoção dos direitos das pessoas com deficiência por meio de políticas publicas buscando valorizar a pessoa como cidadã, respeitando suas características e especificidade. A ordenação de ações políticas e econômicas deve garantir a universalização de políticas sociais e o respeito às diversidades sejam elas étnico-raciais, geracionais de gênero, de deficiência ou de qualquer outra natureza. Deve destacar o papel dos conselhos de pessoa com deficiência

que definiu rumo da política de inclusão da pessoa com deficiência em nosso país por meio das deliberações das conferencias nacionais fortalecendo o caráter deliberativo e participativo da sociedade civil no processo de desenvolvimento do país.(BRASIL, 2014)

A deficiência é um fenômeno global, frequentemente associado à pobreza com impactos econômicos, políticos e sociais com e implicações para a sociedade. Os dados citados anteriormente são alarmantes. Vários países criaram medidas antidiscriminatórias. Em função da mudança de compreensão foi dando ideia de que a exclusão vivida pelas pessoas com deficiência na verdade provocada pela organização social e contemporânea e a deficiência passou a ser entendida como produto de barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade e não culpa individual daquele que tem a deficiência. (BRASIL, 2012)

Diante desta realidade no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências instituída em 2006 e atualizada em 2011, determina que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços do SUS, possibilitando a integral resolução dos problemas e/ou transferindo este cliente responsavelmente para um serviço de maior complexidade, dentro do sistema hierarquizado, regulado organizado em redes regionais de atenção à urgência como elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (SANTOS et al.,2013)

Já a Lei nº 7.853/89, que dispõe o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas, criação de redes com serviços especiais para reabilitação/habilitação, garantia não só de acesso aos estabelecimentos assim como tratamento adequado no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados, garantia de atendimento domiciliar ao deficiente grave não internado e desenvolvimento de programas de saúde voltados para PcD, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2,ºInciso II) (BRASIL, 1989) .

Cabe ainda observar que em 2011, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver Sem Limites, através do Decreto nº 7.612/2011, que tem por finalidade promover, por meio da integração e articulação de políticas inter setoriais, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional das Nações Unidas - ONU (BRASIL, 2013a).

Segundo o manual de Avanços das políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência ao longo da última década o movimento de inclusão das pessoas com deficiência ganhou importância no Brasil, repercutindo em avanço social para todos. Com o lema *nada sobre nós sem nós,* foi um movimento realizado por vários grupos de pessoas com deficiência na linha de frente das reivindicações políticas. Foi um marco decisivo em defesa dos interesses políticos ao longo dos últimos anos, conseguiram ampliar espaço no cenário nacional (BRASIL, 2012).

A propósito, as Políticas Públicas de Saúde e Reabilitação encontram-se em conformidade com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 23, Capítulo II, que determina ser da competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. A partir de uma atuação efetiva do Ministério da Saúde no âmbito do SUS de forma articulada com os três níveis de governo, na perspectiva da universalização e integralidade da assistência e da descentralização das ações. Na sessão sobre educação artigo 208 é garantido o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 1988).

No mesmo ritmo, a Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010, fundamenta a organização de redes integradas de atenção à saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, que teve maior relevância a partir da década de 1990.

As Redes de Atenção a Saúde possuem aspectos comuns como interdependência, autonomia, confiança, cooperação, relações relativamente estáveis. Nesta perspectiva elas são propostas para lidar com projetos complexos de gestão e atenção em saúde, inteirando-se com diferentes agentes e sociedade civil organizada, visando a integralidade da PcD (BRASIL,2010).

O cuidado à pessoa com deficiência é respaldado pela legislação oriunda do Ministério da Saúde desenvolvida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional abarca propósitos e diretrizes fundamentados na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 23, capítulo II, determina que seja da - competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência.

No artigo 198 da Constituição Federal ficou definido que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada desta forma, os hospitais deixam de ser o centro de modelo assistencial e passam a fazer parte de uma rede progressiva e integral de atenção à saúde, sob gestão estadual ou municipal. Estão assim assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. (BRASIL, 1988;)

Diante desta realidade o Ministério da Saúde traça diretrizes de conduta quanto à avaliação e preparo para alta do cliente com lesão neurológica. Orienta o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde (CIF) e define como mensuração e formulação de políticas para a saúde e incapacidade. Oferece uma linguagem padrão e uma estrutura para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde (BRASIL, 2013a).

A CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras b, s, d, e são utilizadas para indicar, respectivamente: Funções do corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quatro níveis (um dígito cada). Os construtos da CIF organizam-se de maneira que as categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas, completando assim a taxonomia da classificação (BRASIL, 2013a).

Por englobar todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar, pode ser utilizada para classificar todas as pessoas com incapacidades organizada em duas partes, cada componente subdivide-se em domínios e categorias. No decorrer do tratamento há uso o cliente pode ser classificado com vários códigos diferentes o que evidencia mudanças no seu nível de independência, participação social, explicando os benefícios do uso dos equipamentos ortopédicos e de possíveis estratégias de acessibilidade. (BRASIL, 2013a)

Neves et al, (2009), mostram que apesar da evolução da ciência e da medicina ainda há dificuldade para selecionar uma escala de classificação que permita uma avaliação específica do déficit neurológico e a mensuração do nível de independência funcional dos indivíduos vítimas de traumatismo raque medula (TRM).

Segundo este estudo, a importância de normas uniformes para avaliação e classificação das lesões da medula espinhal (LME) com o propósito de promover interação entre profissionais de saúde e pesquisadores que estão envolvidos com estes pacientes, tem sido reconhecida há pelo menos duas décadas. Assim prevalecem

entidades como a American Spinal Injury Association, (ASIA) em parceria com a Internacional Medical Society of Paraplegia (IMSOP) que publicaram e validaram o modelo atual considerado excelência na avaliação deste cliente, possibilitando comparação de achados clínicos entre serviços e pesquisadores de países e localidades diferentes.

Cabe destacar que a enfermagem é uma profissão que possui uma responsabilidade ética e social, deste modo compete ao enfermeiro garantir a continuidade da assistência através de uma prática humanizada à partir de atitudes mais compassivas, atendendo o ser humano em todas as suas necessidades. É preciso compreender que o papel do gestor enfermeiro nas unidades de internação hospitalar não se esgota no preparo da alta dos clientes, no caso deste estudo, clientes com sequelas de lesões neurológicas incapacitantes, devendo suas ações, saberes e intervenções terapêuticas serem dimensionadas no contexto de toda a rede de cuidados da PcD.

Da mesma forma, cabe ao profissional médico no exercício da gestão hospitalar, assumir sua responsabilidade no preparo da alta dos clientes com lesão neurológica incapacitante, considerando suas peculiaridades de potenciais usuários dos serviços de reabilitação física, dependente da continuidade do tratamento nos Centros Especializados de Reabilitação e nos pontos de atenção que compõem a Rede de Cuidados da PcD.

Entendendo serem esses profissionais, médicos e enfermeiros, os maiores detentores do poder de decisão na definição do momento de alta dos clientes internados na rede hospitalar, este estudo tem seu foco na identificação de como se processam os encaminhamentos dos clientes para a Rede de Cuidados da PcD.

6 - METODOLOGIA

Este estudo integra projeto de mestrado desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar-PPGSTEH, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

O objetivo foi identificar como profissionais gestores médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com seqüelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa utilizando o método da estatística descritiva complementado pela da análise temática de conteúdo, realizada no segundo semestre de 2014, tendo como participantes da pesquisa 12 médicos e 13 enfermeiros que atuam como gestores ou responsáveis técnicos, por unidade de clínica médica/cirúrgica, urgência/emergência, e unidade de terapia intensiva do hospital Santa Casa de Misericórdia no município de Juiz de Fora, na Zona da Mata Mineira.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, gestor hospitalar, enfermeiro ou médico que exerça cargo de chefia em unidades de internação clínica, cirúrgica, serviços de urgência e emergência e unidade de terapia intensiva, da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Minas Gerais, além de concordar em participar voluntariamente do estudo, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos 2 participantes devido não atenderam os critérios de inclusão do estudo quanto a não exercer cargo de chefia em unidades de internação em clinica médica cirúrgica, urgência/emergência e unidade de terapia intensiva na referida instituição.

O cenário do estudo foi uma instituição hospitalar universitária de grande porte e referência regional em traumatologia e ortopedia, com atendimento em todas as especialidades médico-cirúrgicas, urgência e emergência, e unidade de terapia intensiva. Localizado no município de Juiz de Fora - MG, presta atendimento a convênios rede particular e plano de saúde próprio. Possui convênio com o Sistema Único de Saúde-SUS, com cerca de 40% no atendimento à nível de pequena, média e grande complexidade.

O primeiro contato com o hospital foi através de uma visita em horário pré-agendado com o médico integrante da Comissão Controle de Infecção Hospitalar, devido ao seu relacionamento com o corpo clínico favorecendo a indicação dos participantes assim como diretoria de enfermagem, e com o gestor hospitalar. Foi pré-agendado com a secretária todos os gestores indicados, tendo os mesmos demonstrado interesse em participar do estudo, além de excelente acolhida para com a pesquisadora. Foi apresentada sumariamente a problemática do estudo, as bases teórico-metodológicas que o fundamentam, os termos do consentimento livre e esclarecido (anexo 1), seus objetivos, assim como, termo de compromisso com a instituição (anexo 4), a autorização da diretoria clínica, técnica (anexo 3) para realização da pesquisa de campo.

O instrumento de coleta de dados foi testado através de um pré-teste com 04 profissionais do hospital, os quais foram selecionados aleatoriamente, para validar o instrumento e avaliar a necessidade de modificar ou acrescentar campos no roteiro de coleta de dados. Mudanças não foram necessárias.

A coleta de dados foi realizada no período entre 20 de outubro a dezembro de 2014, com 25 participantes, através da aplicação de entrevistas individuais pautada em roteiro semi-estruturando composto por 07 (sete) perguntas abertas que visou identificar como profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com seqüelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação, refletindo a cerca do papel do gestor o que lhes cabe como elos entre as pessoas envolvidas para que a integralidade do cuidado e a assistência à PcD seja desenvolvida de forma a possibilitar acesso aos centros especializados em reabilitação.

De acordo com Minayo (2014) o roteiro obedece ao que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Dividido em três partes, quais sejam: dados de identificação do hospital, da unidade de internação e dados de identificação dos entrevistados.

Quanto aos limites do estudo o projeto inicial previa a inclusão de 40 participantes (20 médicos e 20 enfermeiros). Entretanto, neste período o hospital era avaliado para acreditação recebendo visita da Organização Nacional Acreditação (ONA) o que constituiu elementos que dificultaram o agendamento das entrevistas planejadas.

As entrevistas foram previamente agendadas com cada participante, posteriormente, realizadas em ambiente reservado da instituição, livre de ruídos e interferências de terceiros, gravadas com aparelho *IC Recorder ICD-PX 333 Sony*®,com duração média de 15 minutos, posteriormente transcritas e submetidas à análise da fala dos participantes.

O projeto foi enviado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, devidamente aprovado pelo Parecer nº 724.614, de 21/07/2014, consoante com o determinado pela Resolução nº 466/2012 do CNS (anexo 5).

Procurando manter anonimato e a não identificação dos participantes, optou-se por abreviaturas seguidas da ordem numérica recebida nas entrevistas. Dessa forma, os recortes das entrevistas utilizados para as categorias seguem o esquema: enfermeiros

[ENF.] e o respectivo número em algarismos arábicos, médicos [MED.] na mesma sequência numérica.

Os elementos quantitativos foram analisados a luz da estatística descritiva, simples, gerados pelo sistema Microsoft Excel 2008 e SPSS 21,0, denotando o perfil sócio demográfico dos participantes (profissão, idade, sexo, setor, função, tempo de atuação no setor, tempo de atuação na instituição). Resultados quantitativos também apresentados em gráficos sobre as questões relativas ao procedimento de preparo da alta hospitalar desses clientes, registrados de acordo com o relatado pelos gestores médicos e enfermeiros participantes deste estudo.

Foram realizadas as transcrições das entrevistas na íntegra mantendo a semântica e depois encaminhadas aos participantes para validação.

Quanto ao procedimento de análise dos dados coletados com os participantes deste estudo, compreendemos que a partir de palavras e expressões significativas contínuas ou não que devem ser selecionadas e organizadas pelo pesquisador em núcleos de sentido, revelam a essência do conteúdo da análise tipo temática.

Sabe-se que a análise temática esta ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo. (MINAYO, 2014).

Caracteriza-se por uma abordagem predominantemente qualitativa situando-se historicamente como um instrumento de análise das comunicações, sobretudo em pesquisa na esfera social podendo interpretar mensagens obscuras, com duplo sentido cuja significação profunda surge após uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática, por parte do pesquisador devido haver por detrás do discurso uma mensagem obscura.

Segundo Minayo (2014), o processo de redução do texto às palavras significativas e expressões torna-se uma etapa delicada e não constitui garantia que a escolha de categorias a priori acarrete uma abordagem rica e densa.

Portanto o método de analise de conteúdo tipo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico (MINAYO, 2014, p.316).

E neste sentido iniciamos a análise do objeto de estudo à partir de leitura/releitura reflexiva e classificatória, visando alcançar a compreensão do texto representado pelas respostas dos participantes da pesquisa, as sete (7) perguntas que norteiam para atingir os objetivos traçados para o estudo.

Desta forma determinamos a unidade de registro (UR) que se trata de uma unidade de segmentação do conjunto do texto para análise formadas à partir de palavra-chave ou frase e a unidade de contexto (UC) que são unidades de compreensão da unidade de registro correspondendo ao segmento da mensagem, cujas dimensões são os maiores parágrafos.

Houve uma retomada de documentos do projeto para analisar os objetivos iniciais da pesquisa quando o pesquisador/observador se pergunta sobre as relações entre as etapas, elaborando alguns indicadores que norteiam a compreensão do material decompondo-o a partir de leitura/releitura a fim de dar resposta aos questionamentos.

A seguir, no campo extenso do conjunto das comunicações, extraiu-se e sublinharam-se termos, frases e/ou palavras, listando-as e confirmando-as após leitura das definições. Partimos para a constituição dos corpos que de acordo com Minayo (2014, p.316) "[...] diz respeito ao universo estudado em sua totalidade devendo corresponder a normas de validade qualitativa, representatividade e homogeneidade".

Desta compreensão, elaboramos a constituição dos corpos definida como o universo estudado na sua totalidade, portanto, os sete (7) temas estudados devendo responder normas de validade qualitativa como, exaustividade: o material contempla todos os aspectos levantados no roteiro. Representatividade: que contenha as características essenciais do universo pretendido. Homogeneidade: obedeça a critérios precisos de escolha, quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e os atributos dos interlocutores. Pertinência: que os documentos analisados sejam adequados para dar respostas aos objetivos (MINAYO, 2014, p. 316- 317).

Assim, na sequência com a preocupação de manter a semântica, elaboramos as categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, e subcategorias ou categorização que consiste no processo de redução do texto, recortes, representadas por palavras e/ou expressões que é a codificação responsável pela especificação dos temas (MINAYO, 2014, p.315 a 318).

Na fase de exploração que consiste em uma classificação do material que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscamos à partir da reflexão sobre a fala dos participantes, situações identificadas quando aos procedimentos no preparo de alta das pessoas com sequelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação e fundamentado na legislação e normativas do Ministério da Saúde que norteiam as ações dos gestores quando ao elo que mantém com as demais instancias da rede de cuidados á pessoa com deficiência.

Foi também possível elaborar um protocolo de encaminhamento hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante, compreendido como produto final desta pesquisa de mestrado, para atendimento na Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência referenciada pelo Sistema Único de Saúde, com ênfase nas seguintes prioridades: adequar os recursos humanos, qualificar os profissionais de saúde à partir da contextualização no trabalho através do processo educativo, agregando conhecimento específico sobre a rede de cuidados á pessoas com deficiências no âmbito das ações técnico-científicas, que norteiam a consecução da Rede no Ministério da Saúde.

7-RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados destacam falas dos participantes deste estudo referentes ao coletado pelo instrumento aplicado nas entrevistas. Foram organizados em um quadro e sete gráficos após releitura, fase de seleção, agregação, comparação e confirmação. O quadro 1 demonstra a síntese do universo estudado, corresponde as perguntas e respostas caracterizando as categorias e subcategorias. Os quadros 2, 3, 4 e 5 evidenciam o perfil sócio demográfico dos participantes quanto ao sexo, percentual por idade, tempo de formados, tempo de atuação no setor e tempo de atuação na instituição. Os gráficos representam o percentual de respostas dos participantes quanto aos temas abordado.

Dos participantes deste estudo 48% são médicos, 52% enfermeiros, 48% destes lotados UTI. Prevalece o sexo feminino, com cerca de 56%. Quanto à faixa etária 36% possui de 31 a 40 anos. O tempo de formado encontra-se entre 1 a10 anos com 48%. A atuação no setor foi constatado que 56% atua entre 1 a 10 anos, além do tempo de atuação na instituição, que corresponde a 52% dos gestores, atuando na instituição período entre 1 a 10 anos.

Pautado nas perguntas do roteiro semiestruturado de entrevista aplicado para coleta dos dados interpretativos, qualitativos, com vistas na identificação das unidades de registro, elaborou-se quadro sintético dos temas, corpus, categorias e subcategorias, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Síntese do universo estudado a partir das unidades de registro e unidade de contexto da análise de conteúdo tipo temática.

TEMAS	CORPUS	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
• O que você sabe sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência?	• Nada, • Não tenho conhecimento como funciona e n/sei a quem dirigir. • Nunca ouvi falar, • Estou esclarecida através do seu trabalho	• Não conheço • Não sei a quem dirigir • Formalmente eu não conheço a rede instituída	• Não conheço • Formalmente eu não conheço
• Como você avalia a capacidade funcional E o nível de dependência para cuidados básicos dos clientes com lesão neurológica antes da alta hospitalar?	• A gente realiza o Fugulin e o risco de queda • Exame físico • A gente não aplica • Escala de Rankin • Escala de Glasgow • Avalio necessidades básicas. • Questionário instrumental vida diária	• Exame físico • uso de escalas • necessidades afetadas • capacidade da família em lidar com situação • Convoco serviço social • Não aplica	• Avalio as necessidades do cliente e capacidade da família. • Uso escalas,encaminho para UBS do bairro • Exame físico
• Quais os critérios que você utiliza para determinar alta hospitalar de clientes com seqüela neurológica, traumatológica, incapacitante?	• Quem determina alta é o medico. • Não temos nenhum tipo preparo. • Possibilidade de suporte em domicílio. • Critério meramente clínico.	• Não temos nenhum tipo de preparo específico. • Aí são os médicos. • Meramente clinico • Ter suporte em domicílio • Avalio quadro clinico contexto multidisciplinar • Comunica a família o cuidado e o quadro. • Mantém um	• Meramente clinico e ter suporte em domicilio. • Ensino ao cuidador/familiar

		familiar /cuidador para ensinar.	
• Como procede no preparo de alta para cliente com seqüela neurológica, traumatológica ou incapacitante?	• Avalia e encaminha para ambulatório de plástica ou UBS, • Vamos orientar os familiares, • Se tiver suporte em domicilio, • Convoco o serviço social, • Eu não sabia desta rede do SUS, • Discuti com fisioterapia e enfermagem, uso escala da neurologia. • Como gestor a gente só sabe das dificuldades para manter paciente aqui	• Comunica a família e ensina • Voltado na seqüela é preconizada avaliação através escalas da neurologia • Fazer retorno ambulatorial • Referencia do SUS • Convoco a família e discuto • Como gestor a gente só sabe das dificuldades	• Comunica, ensina e orienta a família • Encaminha UBS/DID
• Caso o cliente tenha adquirido úlcera de pressão no período de internação, como você procede a orientação para atendimentos ambulatórias ou na rede de cuidados da PcD?	• Oriento os cuidadores e familiares. • Ensino familiar mudança de decúbito. • Orientação ambulatorial • A enfermeira já tem um protocolo. • Peço auxilio ao cirurgião plástico. Encaminho para UBS porque o enfermeiro é capacitado. • Acaba impactando o fluxo do hospital com longa permanência.	• Oriento os cuidadores e família • Peço auxilio do cirurgião plástico • Encaminho paraUBS de referencia	• Primeira orientação é para família

• De que forma são envolvidos membros da família, profissionais da rede básica e equipes de reabilitação no preparo desses clientes para alta hospitalar?	• Não sei te falar como isso é feito na rede os familiares a gente consegui reuni-los conversar, explicar quais são as limitações. • Promover educação para saúde a respeito da rede de reabilitação não sei proceder. • Acompanhamento da fisioterapia, • Com o serviço social para UBS.	• Não sei te falar como isso é feito na rede; • Os familiares a gente consegue reunir promover educação para saúde • Encaminha pra serviço social, fisioterapia, UBS,	• Oriento família,não sei te falar como isso é feito na rede
• Há no seu setor planejamento para visita domiciliar ao ambiente antes da alta hospitalar do cliente com seqüelas neurológicas, traumatológicas ou incapacitantes com vistas na identificação das condições acessibilidade?	• Não tem este tipo de atendimento aqui na instituição. • Este tipo de trabalho[...] o máximo que acontece é passar para o serviço social. • Os serviços de assistência ao deficiente deveria ter. • Sim, pedimos alguém da equipe que vá.	• Não tem este tipo de atendimento na instituição. • Sim, pedimos alguém da equipe.	• Não tem. • Sim.

Fonte: Elaborada a partir dos dados coletados e organizados com auxílio do programa Microsoft Excel,2007

Quadro 2: Demonstrativo da variação da idade dos participantes. Santa Casa de Misericórdia - Juiz de Fora/MG, 2014

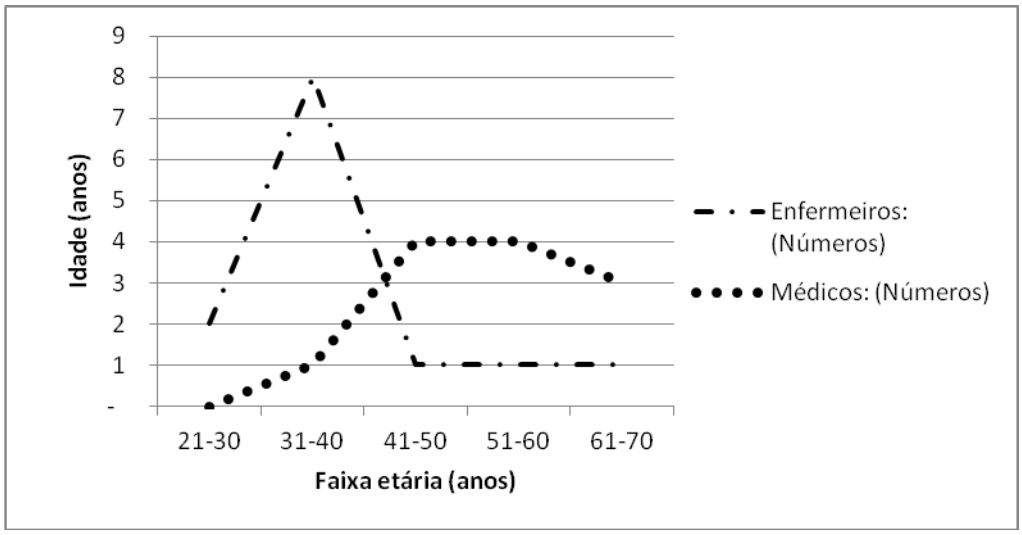
Dados considerados:

Enfermeiros: 13

Faixa etária (anos)	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Enfermeiros: (Números)	2	8	1	1	1
Enfermeiros: (%)	15,38%	61,54%	7,69%	7,69%	7,69%
Médicos: (Números)	0	1	4	4	3
Médicos (%)	0,00%	8,33%	33,33%	33,33%	25,00%

Médico: 12

Gráfico 1: Leitura e representação gráfica do Quadro 2.



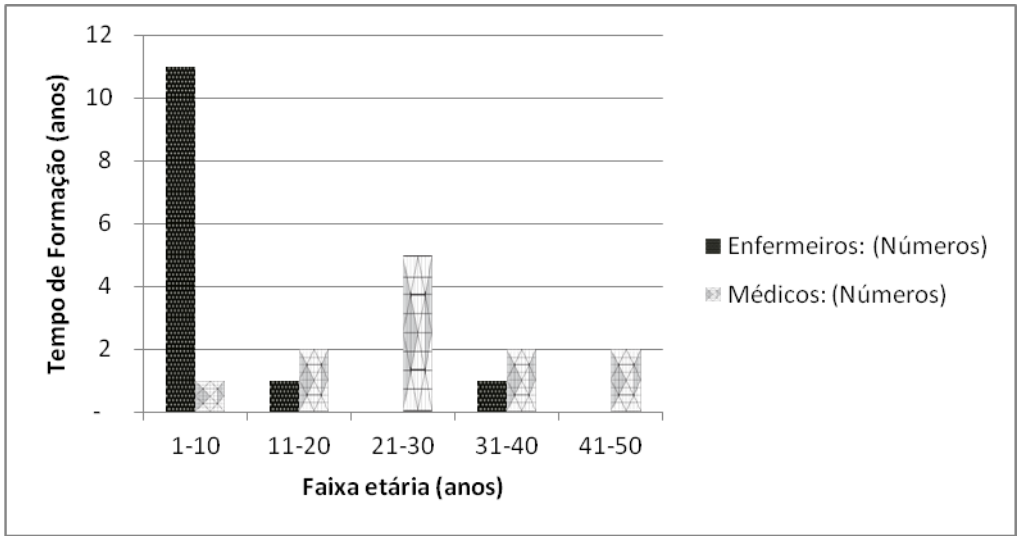
Fonte: Elaborada a partir dos dados operacionais no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.1

Observações:
Há uma concentração de enfermeiros (aprox. 61,5%) atuantes na faixa entre 31 e 40 anos. Em contrapartida, se observa na faixa de 41 a 60 anos, uma concentração de médicos (aprox. 66,7%), 25% desse se concentram na faixa de 61-70 anos.

Quadro 3: Demonstrativo da variação do Tempo de formação dos participantes. Santa Casa de Misericórdia - Juiz de Fora/MG, 2014
Dados considerados:
Enfermeiros:13
Médicos: 12

Tempo de formação (anos)	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50
Enfermeiros: (Números)	11	1	-	1	-
Enfermeiros: (%)	84,62%	7,69%	0,00%	7,69%	0,00%
Médicos: (Números)	1	2	5	2	2
Médicos (%)	8,33%	16,67%	41,67%	16,67%	16,67%

Gráfico 2: Leitura e representação gráfica do Quadro 3.



Fonte: Elaborada a partir dos dados operacionais no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.1

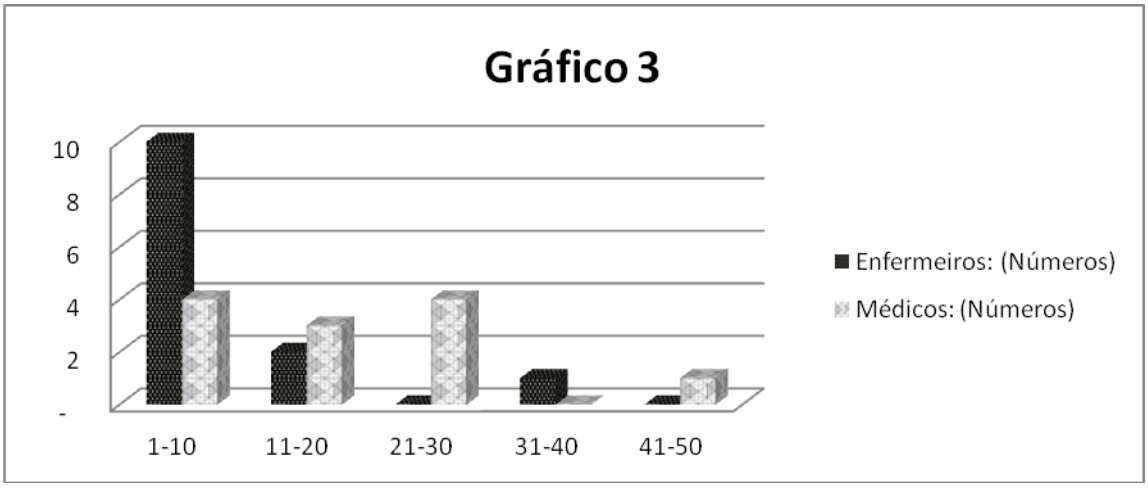
Observações:
Há uma concentração de enfermeiros (aprox. 84,6%) com até 10 anos de formação.

A maior concentração de médicos apresenta-se entre 21 e 30 anos de formação (41,2%)

Quadro 4: Demonstrativo da variação do tempo de atuação dos participantes no setor. Santa Casa de Misericórdia
- Juiz de Fora/MG, 2014
Dados considerados:
Enfermeiros: 13
Médico: 12

Tempo de atuação no setor (anos)	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50
Enfermeiros: (Números)	10	2	-	1	-
Enfermeiros: (%)	76,92%	15,38%	0,00%	7,69%	0,00%
Médicos: (Números)	4	3	4	-	1
Médicos (%)	33,33%	25,00%	33,33%	0,00%	8,33%

Gráfico3: Leitura e representação gráfica do Quadro 4



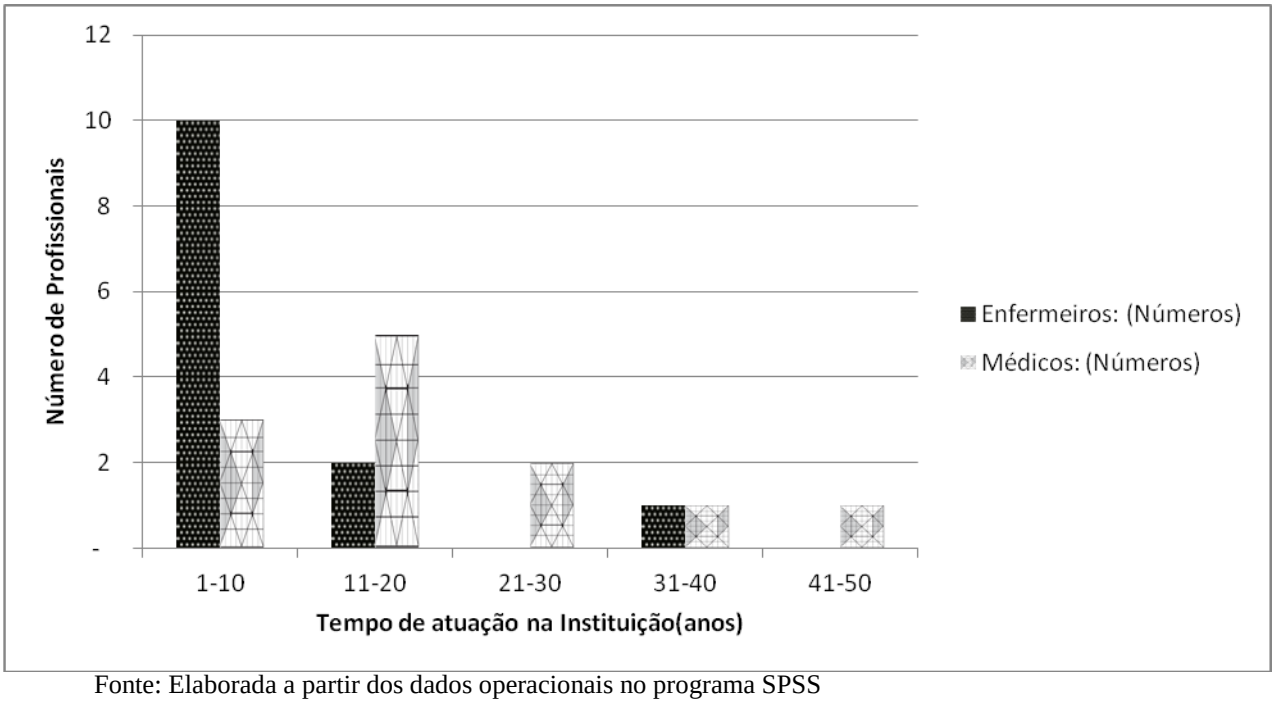
Fonte: Elaborada a partir dos dados operacionais no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.1

Quadro 5: Demonstrativo da variação do tempo de atuação dos participantes no setor. Santa Casa de Misericórdia.

- Juiz de Fora/MG, 2014
Dados considerados:
Enfermeiros: 13
Médico: 12

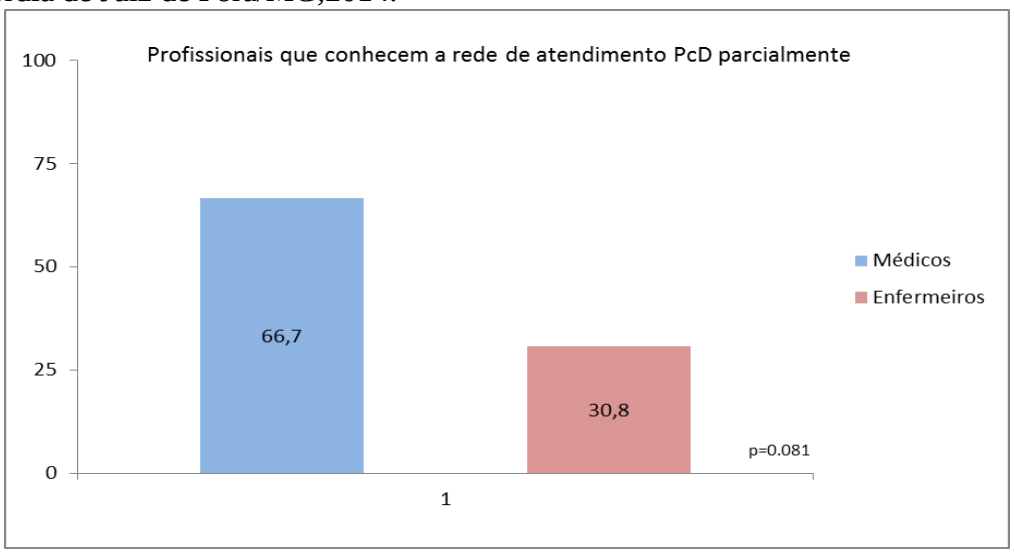
Tempo de atuação na Instituição(anos)	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50
Enfermeiros: (Números)	10	2		1	-
Enfermeiros: (%)	76,92%	15,38%	0,00%	7,69%	0,00%
Médicos: (Números)	3	5	2	1	1
Médicos (%)	25,00%	41,67%	16,67%	8,33%	8,33%

Gráfico4: Leitura e representação gráfica do Quadro 5



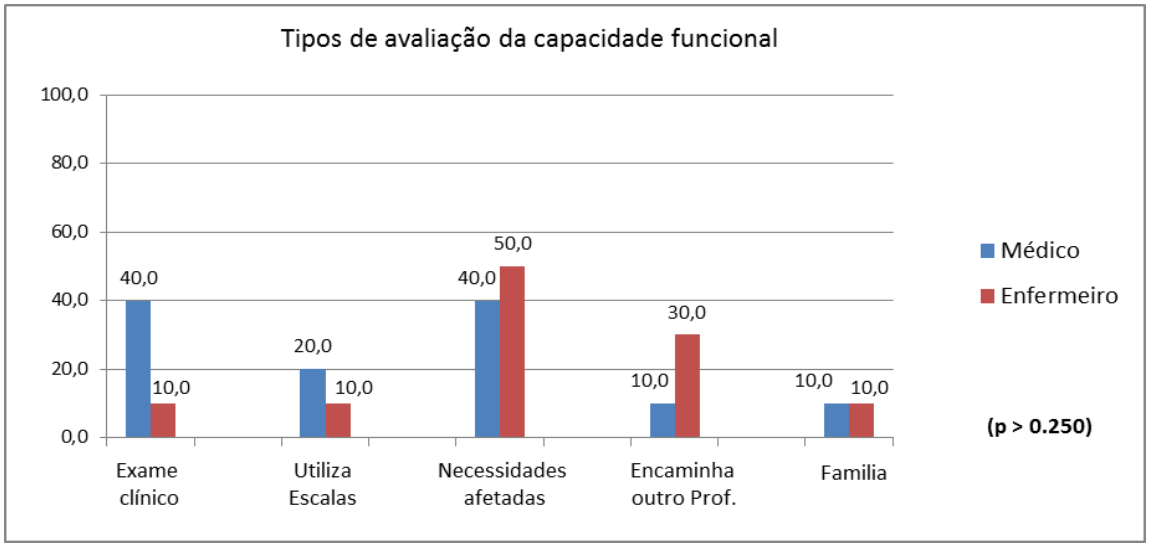
Fonte: Elaborada a partir dos dados operacionais no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.1

Gráfico5 - Referente ao Tema1: Apresenta os dados referentes ao nível de conhecimento da rede de cuidados à PcD por parte dos gestores da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG,2014.



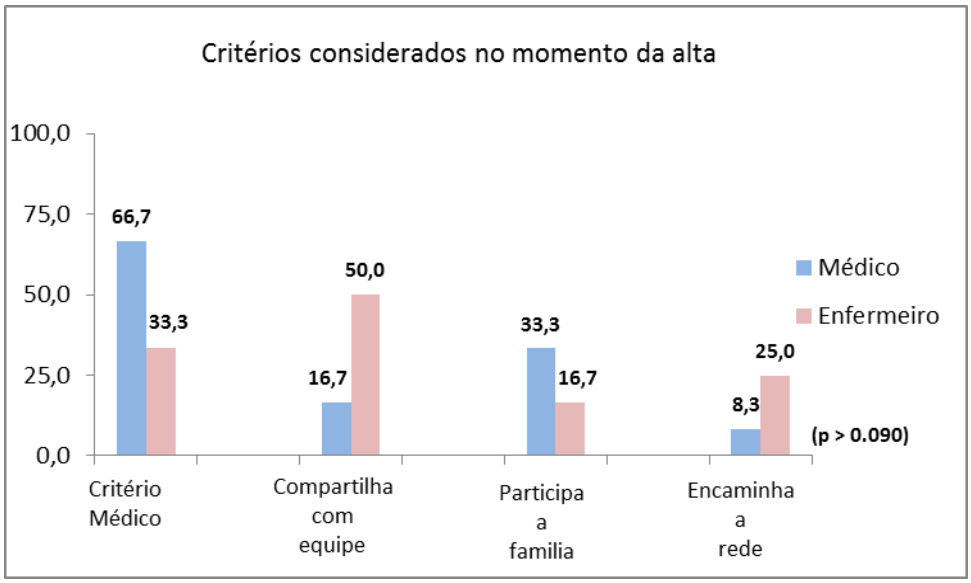
Fonte:Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) *versão21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

Gráfico 6 - Referente ao Tema 2: Apresenta os dados referentes a como se avalia a capacidade funcional e o nível de dependência para cuidados básicos dos clientes com lesão neurológica antes da alta hospitalar por parte dos gestores referente Santa Casa de Misericórdia JF/MG,2014



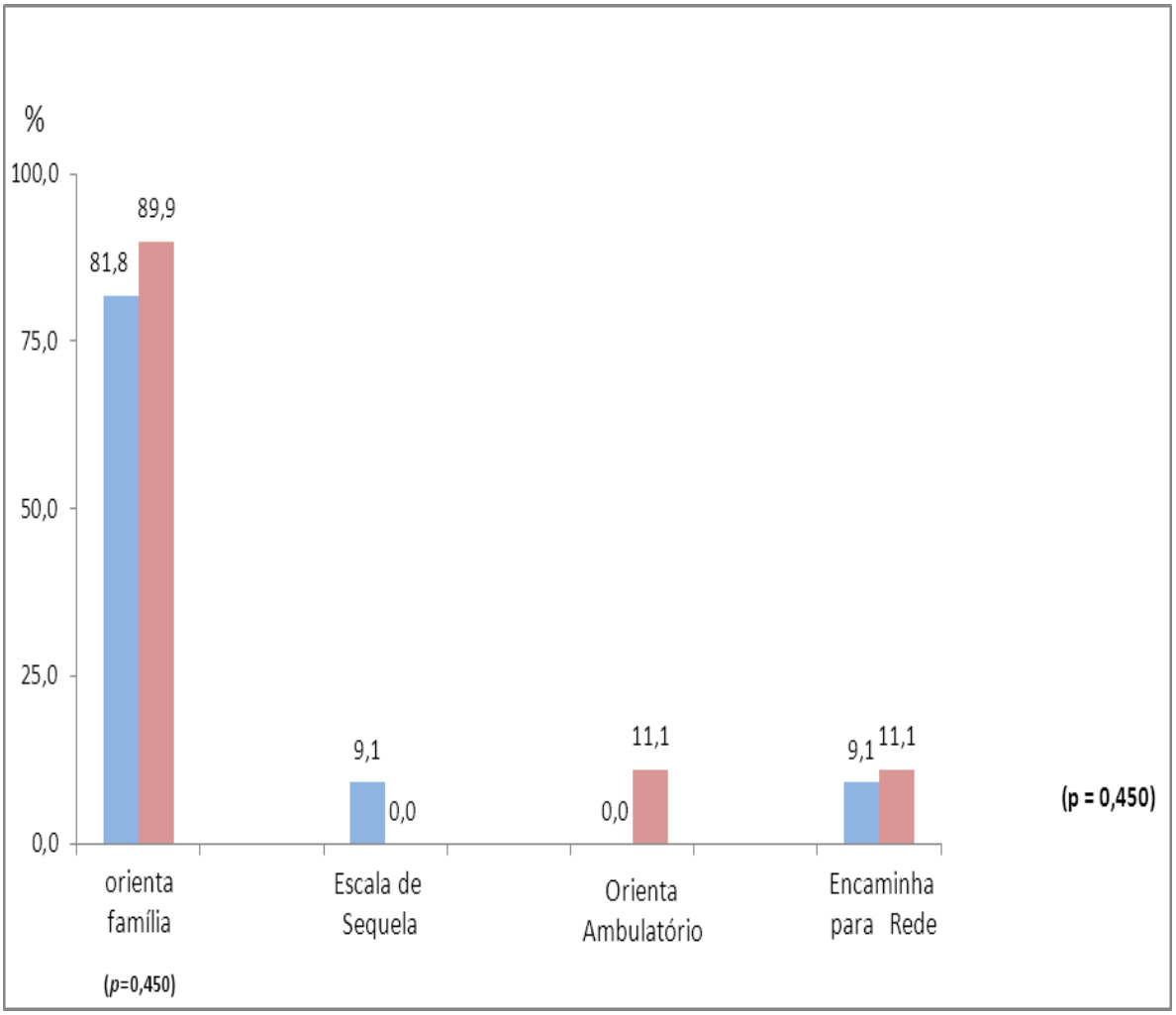
Fonte:- Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statiscal Package for the Social Sciences) *versão 21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

Gráfico 7 - Referente ao Tema 3: Apresenta os dados referentes aos critérios que os participantes utilizam para determinar alta hospitalar de clientes com seqüela neurológica, traumatológica, incapacitante por parte dos gestores referente Santa Casa de Misericórdia Juiz de Fora/MG 2014.



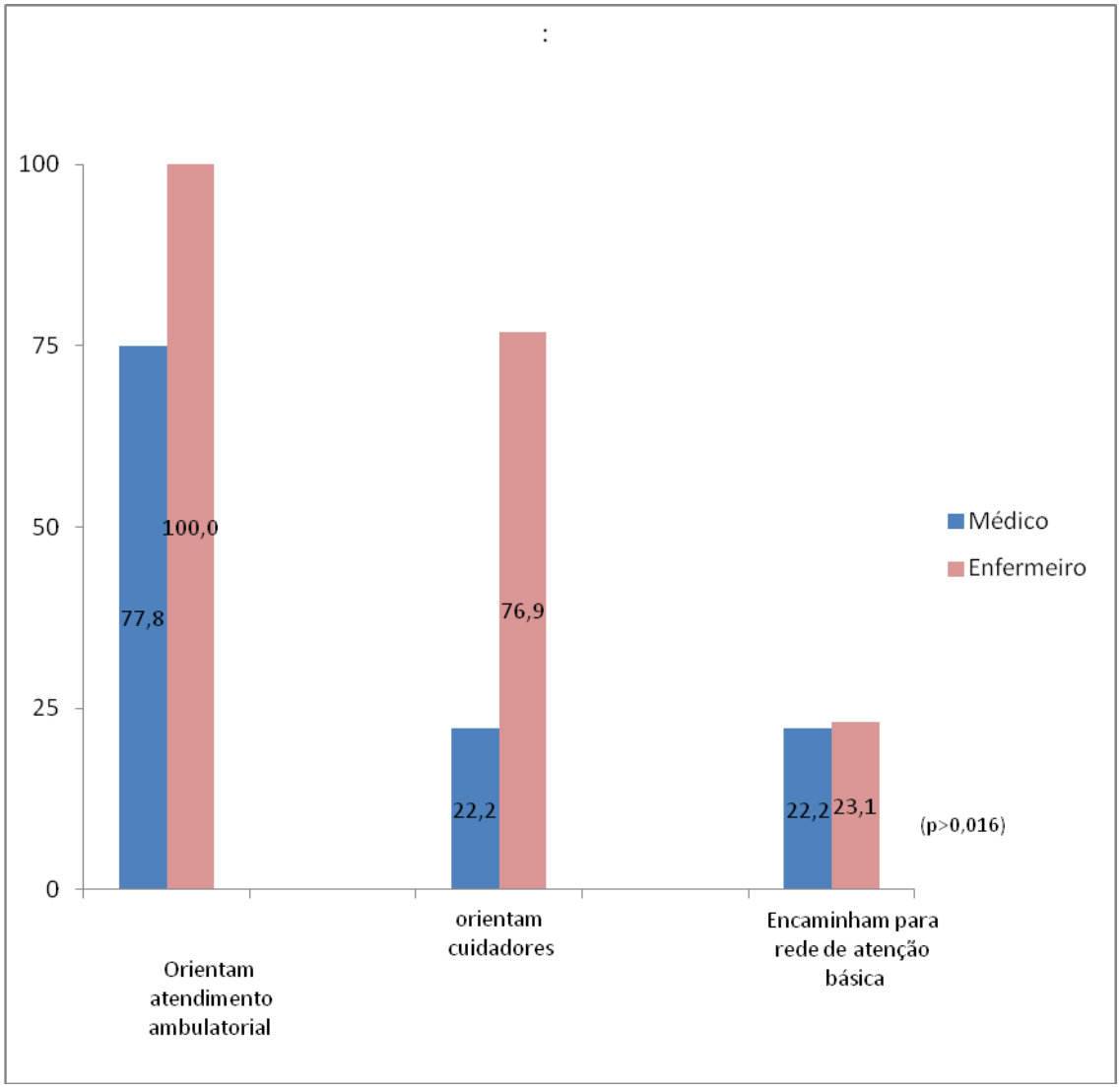
Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statistical Package for the Sciences) *versão 21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

Gráfico 8 - Referente ao Tema 4: Apresenta os dados referentes como os participantes procedem no preparo de alta para o cliente com sequela neurológica, traumatológica ou incapacitante, por parte dos gestores referente Santa Casa de Misericórdia Juiz de Fora/MG 2014.



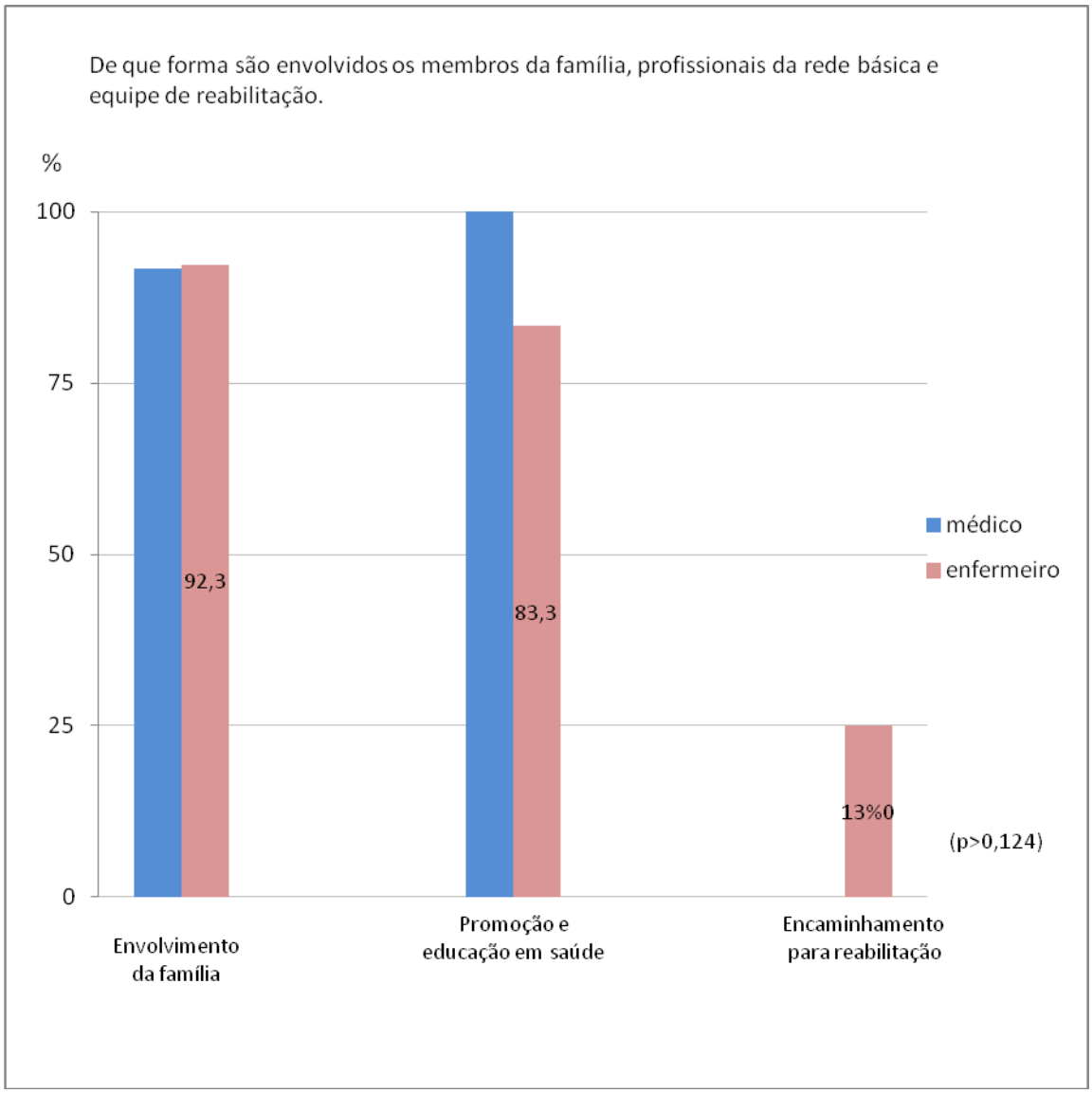
Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statiscal Package for the Sciences) *versão 21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

Gráfico 9 - Referente ao Tema 5: Apresenta os dados referentes como os participantes procedem caso o cliente tenha adquirido úlcera de pressão no período de internação na orientação para atendimentos ambulatoriais ou na rede de cuidados da PcD, por parte dos gestores referente Santa Casa de Misericórdia/MG 2014.



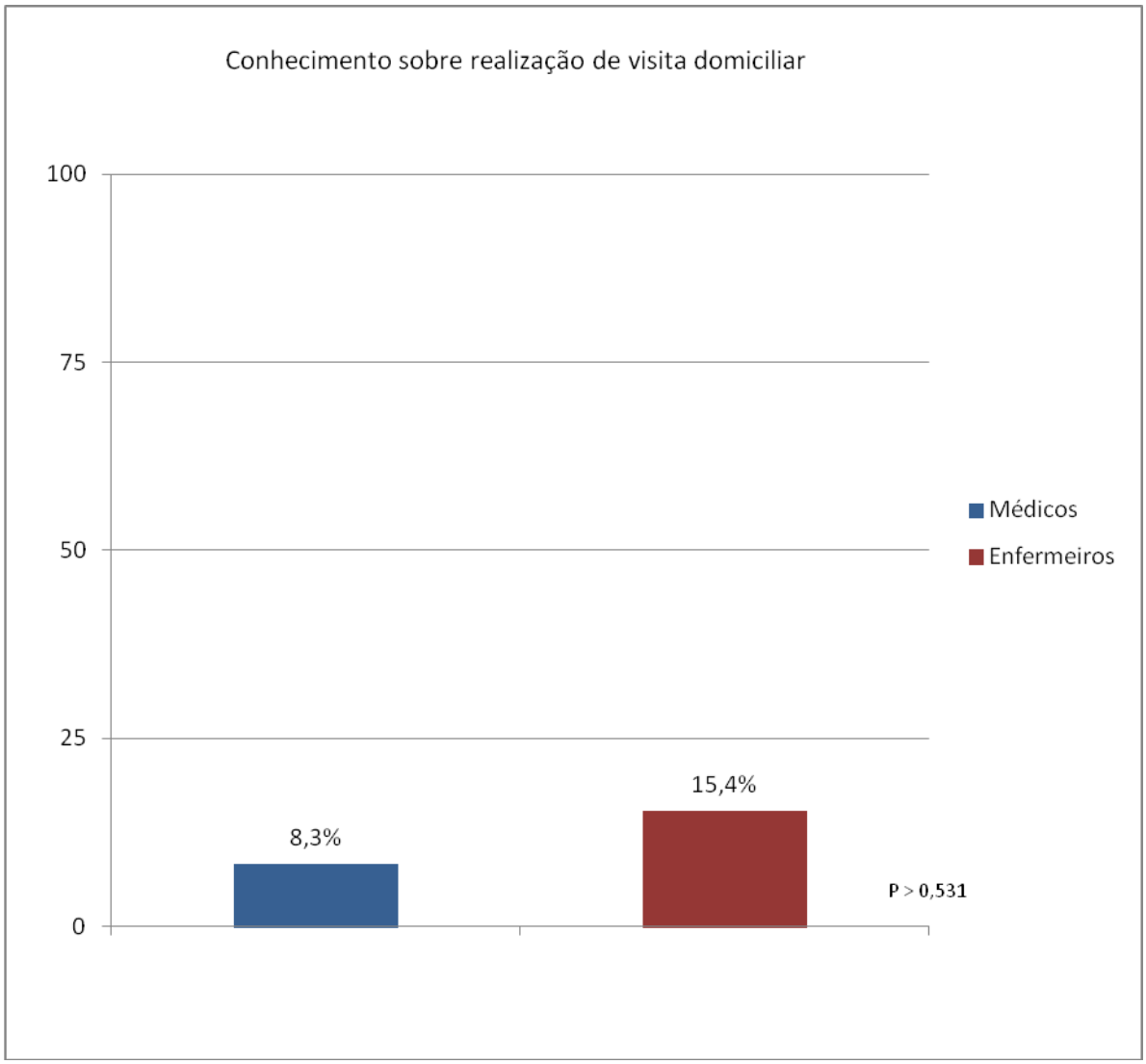
Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) *versão 21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

Gráfico 10 - Referente ao Tema 6: Apresenta os dados referentes de que forma são envolvidos membros da família, profissionais da rede básica e equipes de reabilitação no preparo de alta desses clientes por parte dos participantes referente Santa Casa de Misericórdia Juiz de fora/MG 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statistical Package for the Sciences) *versão 21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

Gráfico 11 - Referente ao Tema 7: Apresenta os dados referentes ao planejamento para a visita domiciliar ao ambiente antes da alta hospitalar do cliente com sequela neurológicas, traumatológicas ou incapacitantes com vistas na identificação das condições de acessibilidade por parte dos participantes referente a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa SPSS(Statistical Package for the Sciences) *versão 21.1* e o *Microsoft Excel*, 2007.

CATEGORIAS TEMÁTICAS

Da análise dos dados emergiram as categorias abaixo apresentadas no formato bruto para posterior enquadramento na técnica de análise de conteúdo temático. Categorização que já se mostrou plausível para elaboração de manuscritos, o que pode ser constatado no primeiro artigo, manuscrito submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem, devidamente apresentado após a sessão de Referências deste estudo.

- **Categoria 1- CONHECIMENTO SOBRE A REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

“ Para dizer a verdade nada (né), nunca tinha ouvido falar nessa rede”. [ENF. 2 – INT CIRURG]

“ (...) á princípio eu não sabia nem da existência da rede de cuidados da pessoa de com deficiência, a gente fica assim muito sem informação a respeito disso (né)” [MED. 1 – UTI]

“ (...) eu sei pouca coisa porque isto eu acho que uma coisa que a gente tem pouco acesso, (tá), eu trabalho como cirurgião geral e proctologista principalmente aqui em Juiz de Fora eu tenho muita dificuldade de onde ou para quem mandar o paciente quando a gente vai dar alta a gente não tem esta essa orientação,” [MED. 2 PS]

“não, eu ainda desconheço” [ENF. 3 – UTI]

“Eu não tenho conhecimento sobre esta rede, tá (...), não tenho o que falar sobre ela”. [ENF. 4 – INT CIRURG]

“(...) na verdade eu não conheço nadaa respeito da rede de cuidados da pessoa com deficiência, desconheço este assunto”. [ENF 5 – INT CIRURG]

“Eu sei que existe mais eu não sei como ela é estruturada como funciona realmente”. [ENF. 6 – UTI]

“Nada, infelizmente, isto não e uma coisa muito divulgada na cidade.” [ENF. 7 – UTI]

“ Bom em relação a esta rede (né) estou mais esclarecida, conhecimento através do seu trabalho até então (né) a gente não tinha outro conhecimento”. [ENF. 8 – INT CLÍNICA]

"Eu desconheço esta rede de cuidados da pessoa com deficiência". [ENF. 9 – INT CLÍNICA]

" Até o momento, eu tenho desconhecimento da rede de cuidado da pessoa com deficiência". [MED. 3 – INT CIRÚRG]

" Bom, o que eu sei é muito pouco (...) minha experiência que eu tive no Ana Nery, onde os pacientes lá são acamados cadeirantes alguns com problema neurológicos (...)". [ENF. 10 – URG EMERG]

"Eu não conheço esta redetá, eu já ouvi falar algumas coisas (...)eu sei que existe isto, mas eu não tenho assim uma orientação a dar ao meu cliente, se eu precisar (...)" [ENF. 11 – URG EMERG]

" Bom, sei pouco, mas eu sei que uma rede de atendimento com foco na atenção integral a saúde e que contempla as áreas de deficiência auditiva física visual e intelectual (...)" [ENF. 12 – INT CLÍNICA]

"É, sobre a rede de cuidados da pessoa com deficiência eu não tenho informação alguma não a conheço." [MED. 4 – INT CLÍNICA]

" Olha, o que a gente sabe é o seguinte, eu não tenho conhecimento profundo não, mas as crianças que a gente atende aqui na Santa Casa, que estão internadas, que tem algum problema alguma deficiência, a gente encaminha para o departamento de assistência a criança e adolescente (...) ali tem todos os especialistas que acompanham estas crianças, toda a parte neurológica (...) agora, conhecimento dessa rede bem mesmo eu não tenho não." [M ED. 5 – INT CLÍNICA]

" É, eu não tenho uma ligação direta é... com a rede publica na assistência a pessoa com deficiência, mas eu tenho conhecimento como é a assistência a pessoa deficiente, eu sei da existência do departamento de internação a pessoas internação domiciliar que dá assistência do SUS (...)". [MED. 6 – UTI]

"Eu não conheço a rede instituída". [MED. 7 – UTI]

"(...) até então eu desconhecia tal rede". [MED. 8 – UTI]

" Como? Uma rede? Eu nunca... nem sequer ouvi falar". [MED. 9 – INT CIRURG]

" Nada".[MED. 10 – UTI]

"Não, nada". [MED. 11 – INT CLÍNICA]

"(...) sei de maneira muito aleatória (...) não tenho conhecimento". [MED. 12 – INT CLÍNICA]

" Eu não conheço". [MED. 13 – UTI]

“ Eu conheço muito pouco”. [ENF. 13 – UTI]

“Não tenho conhecimento específico não”. [ENF. 14 – INT CLÍNICA]

- **Categoria 2- CRITÉRIOS USADOS PARA ALTA DOS CLIENTES COM SEQUELAS NEUROLÓGICAS**

“ Aqui quem determina a alta é o médico a gente não tem voz ativa para alta hospitalar não então quem determina a alta é o médico” (...) pra alta hospitalar a gente se baseia também no fugulin e no risco de queda né para fazer as devidas orientações.” [ENF. 2 – INT CIRURG]

“ A avaliação da capacidade funcional dos pacientes ela é feita durante a internação e através do da melhoria deste paciente e através de exame físico, basicamente a gente vai fazer testes neurológicos, testes de capacidade funcional com estes pacientes para determinar o nível de dependência o nível de é(...) cuidados que vão ser necessário para este paciente.” [MED. 1 – UTI]

“ Olha, sobre isto eu tenho pouca experiência acabo não trabalhando muito com paciente neurológicos (...) a gente acaba avaliando este paciente o que ele vai conseguir fazer acaba esse essa avaliação esta orientação ficando muito a critério só do médico (...) algumas vezes a gente consegue especialista para ajudar outras vezes não e são poucos serviços que a gente tem um grupo multidisciplinar para a gente poder encaminhar (...)” [MED. 2 PS]

“Não, a gente não aplica não, nenhum tipo de escala para avaliar capacidade funcional, nível de dependência. (...) Ai são os médicos, né”. [ENF. 3 – UTI]

“ O critério quem determina é o médico (...) Olha, quando o paciente tem alta, quem faz esta avaliação para alta é o médico (...) não é o enfermeiro que avalia os pacientes em relação a possibilidade de alta ou não”. [ENF. 4 – INT CIRURG]

“ (...) o próprio ambulatório da CDTR que vai fazer o acompanhamento deste paciente pós-transplante, a enfermagem os médicos, e a nutrição e a farmácia são todos os profissionais que vão cada um atuar na sua área e diante disso este paciente sai sem dúvida e sabendo onde ele vai ter o acompanhamento do procedimento que ele fez que foi o transplante. (...)” [ENF 5 – INT CIRURG]

“ (...) tenho casos muitos casos de pacientes é neurológicos aqui, como a nossa alta não é uma alta hospitalar, é uma alta para o andar, então, na verdade, a gente faz um plano de cuidados para o andar (...) a gente orienta manter os cuidados

iniciados na UTI (...) a gente não tem plano de cuidado para alta hospitalar (...).” [ENF. 6 – UTI]

“ Aqui no setor não é alta hospitalar (...) é uma alta para o andar (...) nossos pacientes aqui são muito dependentes, muitos pacientes sequelados, AVC, acidentes (...)Os critérios... Minha cabeça hoje está péssima... A gente tem até um sumário de alta que é multiprofissional, a gente preenche...se tem fisioterapias, oxigenioterapia... o medico, a nutrição e a enfermagem (...)” . [ENF. 7 – UTI]

“(...) o critério nos fazemos através do sumário de alta (né)” [ENF. 8 – INT CLÍNICA]

“ É no meu setor nos realizamos visita (né) diária no paciente fazemos uma classificação de acordo com o grau de dependência (...)Ai a gente avalia (né) o grau dele o paciente esta orientado tem condição de ir embora (né) se ele não estiver em condições nos vamos estar entrando em contato com a equipe médica com toda a né equipe multidisciplinar para estar revendo (né) porque muitas vezes o medico da alta a própria família não e nem a gente questiona Ah! meu pai não tem condições de alta! ai a gente entra em contato com o médico (né) para ele estar reavaliando aí suspende-se até a alta”. [ENF. 9 – INT CLÍNICA]

“A capacidade funcional é avaliada do ponto de vista neurológico pela escala de Hankin e quando o paciente tem uma lesão medular pela escala da American Spinal Association” (escala estabelecida pela Associação Americana de Lesões Medulares. (ASIA) (...) *“O critério primeiro de ter possibilidade de suporte em domicilio para este paciente o segundo ausência de uma doença que possa determinar a permanência no hospital, tipo uma doença infecciosa um quadro respiratório etc”.* [MED. 3 – INT CIRÚRG]

“Lesão neurológica é um pouco complicado, bom eles são totalmente dependentes (né) tanto da parte da enfermagem como da parte dos familiares (né) ,são totalmente dependentes (...)os critérios que você utiliza para determinar a alta tem que ter o acompanhamento do serviço social (...)” [ENF. 10 – URG EMERG]

“(...) *estou na área de urgência não sei como é esta parte”.* [ENF. 11 – URG EMERG]

“Faço a evolução dele diária faço o fugulin toda aquela coisa faço a prescrição de enfermagem mais ele não tem nenhuma prescrição extra uma avaliação extra para ele receber alta não”. [ENF. 12 – INT CLÍNICA]

"Eu avalio o quadro clinico como um todo se o paciente está bem, se está capacitado a ter alta hospitalar, reavalio também a capacidade da família em lidar com esse paciente com esse grau de sequela. (...) procuro orientar a família de uma maneira geral a lidar com o paciente e a procurar algum programa, se existe o mesmo (né) para ele estar tendo essa assistência". [MED. 4 – INT CLÍNICA]

"A gente avalia a criança e ela será sempre encaminhada para o setor especializado que trata de criança com lesão neurológica que é o serviço de neurologia do SUS, a gente encaminha para o SUS, aí tem os médicos (né) que são especialistas vão atender essas crianças (...)a gente examina e determina se a criança está bem clinicamente, função respiratória normal, cardiológica intestinal e alimentado bem, sem convulsão, sem crises neurológicas a gente da alta na criança só nestas condições, senão, ela vai ficando no hospital até ela ter condições de ir para casa". [M ED. 5 – INT CLÍNICA]

"É, geralmente a maioria dos pacientes com sequela neurológicas de nossos pacientes do nosso conhecimento a maioria são idosos, são sequela de AVC que a gente tem mais contato. (...) em relação a alta aos pacientes com sequelas neurológicas ou traumáticas incapacitantes não implica apenas na decisão médica quanto ao seu quadro clínico, mas também uma questão multidisciplinar que envolve principalmente o serviço social que verifique as condições familiar a estrutura residencial para os cuidados necessários e dar continuidade ao não apenas ao tratamento clinico mais também o cuidado para atividades da para atividades da vida diária do paciente e atividades motora intelectual para dar uma continuidade na vida é destes pacientes". [MED. 6 – UTI]

"Bom, estes pacientes são avaliados principalmente na alta (né). No nosso caso aqui da UTI sobre nível de consciência deles e a estabilidade hemodinâmica, respiratória (...) a partir daí as necessidades de cuidados de enfermagem possíveis fora da UTI, suporte nutricional, parte de fisioterapia a gente (né) discute com as outras especialidades e prepara para alta. Não tem nada muito especial, normalmente, quando o paciente está estável hemodinamicamente, com o quadro respiratório já controlado e um quadro neurológico compatível com a alta para o andar é feita essa alta da unida da UTI". [MED. 7 – UTI]

"É, primeiramente a gente usa a escala de coma de Glasgow, se o paciente tem um Glasgow abaixo de 8, ele praticamente não tem chance de alta. A gente observa também a capacidade de deglutição, se ele tem drive respiratório se ele não

está usando droga vasoativa, se ele esta dependente de ventilação mecânica". [MED. 8 – UTI]

" Eu trato de alguns pacientes que podem ter alguma lesão incapacitante (...) para esses pacientes, o critério para alta é um critério meramente clínico já que a maior parte são limitantes não incapacitantes". [MED. 9 – INT CIRURG]

"(...) o paciente, ele tem condição de alta hospitalar quando ele não está mais dependente de droga ou de antibióticos venosos, e pode ter um tratamento domiciliar (...) são estes critérios (né) o paciente tem condições de ser tratado em casa ele precisa só de cuidado paliativos, ou de cuidados avaliação motora, nutricional. Não tem dependência de ficar no hospital (né) não faz uso de medicação venosa". [MED. 10 – UTI]

"O que a gente usa agente usa aquele questionário de atividade instrumental de vida diária e atividade de vida diária. A gente consegue com isso ter uma avaliação funcional muito boa do paciente, além das escalas próprias da neurologia, déficit motor, sensitiva são próprios da especialidade (né) , da nossa função." [MED. 11 – INT CLÍNICA]

"(...) compete a equipe assistencial, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, todos que estão participando do cuidado, a assistente social também, eles é que tem uma função primordial para tentar uma assistência continuada ao paciente pós alta, talvez até assistente social é que mais influencia nisso. A gente tem noticias através deles, da dificuldade que tem de encontrar solução para transferência e para local onde este paciente vai ter uma assistência adequada". [MED. 12 – INT CLÍNICA]

"Então, nós levamos em consideração a necessidade de traqueostomia, gastrostomia e a família orientada sobre os cuidados nestas diversas situações (...) se o paciente consegue se alimentar por via oral ou gastrostomia sem riscos, paciente em ar ambiente ou necessitando suporte de oxigenioterapia (...) " [MED. 13 – UTI]

- **Categoria 3- PREPARO DA ALTA: Envolvimento da família, rede básica e demais serviços**

"Todo paciente que tá aqui na ortopedia é orientado na alta um retorno ambulatorial, e ai vai ser depender do quadro (...) se a escara tiver muito feia não tiver surtindo efeito ...ai um ortopedista reavalia e encaminha, é não sei só te dizer.se tem

este ambulatório da plástica, mas ele encaminha ou até mesmo para uma UBS de referência" [ENF. 2 – INT CIRURG]

"Quando a gente tem uma úlcera de pressão em um paciente que vai ter alta para casa eu oriento os cuidadores os familiares com a medicação que vai ser usada, os curativos que vão ser usados e procurar normalmente procurar o serviço de cirurgia do PAM da Marechal tá, para cuidados ambulatoriais".(...) orientaras pessoas que vão cuidar destes pacientes para que tome mas providencias necessárias domiciliares , eu não sabia desta rede do SUS então a gente tenta orientar para os cuidados domiciliares". [MED. 1 – UTI]

"(...) a gente consegue explicar para o paciente, ensinar (...) a gente tenta conversar com todo mundo da família, explicar quais vão ser as limitações (...) também ensina a família a trocar o paciente ensinar a dar alimentação cuidados em gerais para poder ter alta. (...) as vezes sai do hospital só vai ter contato com a outra equipe seis meses depois então demora um pouquinho e atrapalha a reabilitação" [MED. 2 PS]

"A gente comunica a família, avisa a família, explica todos os cuidados o quadro do paciente, o que ele vai necessitar, a dependência que está." [ENF. 3 – UTI]

"Não tem um preparo especifico para esta clientela, tem uma orientação de alta que é generalizada, para todos os pacientes (...)". [ENF. 4 – INT CIRURG]

"No momento da alta, é passado a visita por todos os profissionais (...) uma visita muito minuciosa orientando familiar e paciente sobre o direito que ele tem a medicação que vai ser fornecida para ele pela rede do SUS (...) a gente informa esses cuidados para o familiar para o cuidador para o próprio paciente". [ENF 5 – INT CIRURG]

(...) eu procuro participar das visitas e tal para poder conhecer a família e envolver ela no cuidado que eu presto ao paciente. (...) acompanho os banhos os curativos e todos estes cuidados eu sempre busco a família a conhecerem esses cuidados e dar a orientação necessária das dúvidas que eles tiverem (...) busco mesmo este envolvimento enquanto está no hospital (...) quando o paciente ganha alta para o andar, dependendo da limitação que o paciente, me eu normalmente procuro esclarecer duvidas para família para que ela sempre me coloco a disposição caso eles queiram procurar CTI porque eles ficam muito em dúvida (...)" [ENF. 6 – UTI]

" (...) a gente tem pouco contato com a família, quando a gente avisa uma alta – de quinze em quinze dias – as vezes nem conheço a família do paciente alguns tem

dúvida e chegam a perguntar para a gente, qual o melhor produto o que que faz (...) a gente tenta orientar estes pacientes, mas a enfermeira do andar tem já um protocolo de alta que tem estes esses cuidados para estes pacientes". [ENF. 7 – UTI]

"(...) com o médico que nos orienta também e que junto da família está esclarecendo quais os cuidados que terá a partir do momento que o paciente não só durante a internação mais após alta da instituição. (...) É durante o período de internação deste paciente a participação da família é importante para que haja um conhecimento (né) do grau de dependência deste paciente quais os cuidados poderão ser revezados (...) porque isto vai trazer para a própria família uma segurança maior (né) no caso de paciente com traqueostomizado, pacientes com dependência total (né) mudança de decúbito (...) ajudando o paciente em termos de integridade de pele, (né)". [ENF. 8 – INT CLÍNICA]

"(...) a gente dá um termo (né) de orientação de alta hospitalar orienta o paciente com relação a respiração como e que é em relação a alimentação todos os cuidados a gente tem e mesmo orienta na hora da alta, um termo agora de orientação de alta hospitalar. (...) a todo momento que esta aqui internada a família tem que estar envolvida, entendeu porque não é só na hora da alta não tem que acompanhar, tem que se envolver". [ENF. 9 – INT CLÍNICA]

"O critério primeiro de ter possibilidade de suporte em domicilio para este paciente o segundo ausência de uma doença que possa determinar a permanência no hospital, tipo uma doença infecciosa um quadro respiratório etc". (...) Convoco a família e discuto com a família o que pode ser feito em casa, se tiver condição suporte em domicilio eu encaminho para domicilio se não tiver eu convoco o serviço social do hospital". (...)"Pelo que eu tenho conhecimento no momento eu só sou capaz de envolver membro da família então eu tenho que me informar a respeito da rede de cuidados da PCD para convocar estes profissionais". [MED. 3 – INT CIRÚRG]

"A minha função é fazer um planejamento de preparo de plano de cuidados para ele principalmente para a residência (né) que ele vai, (né) de acordo com o quadro dele que é totalmente dependente (né) ele necessitada família então é(...), deixe mais o que eu falo orientando a família também de acordo com serviço social , um fisioterapeuta é (...) deixe ver mais o que, deixe ver mais o que é(...) orientar a família se tiver de sonda, ou e tiver orientar na dieta (né) ,para ta sempre... se estiver de sonda observar na lavagem, lavagem da sonda observar se a sonda esta no local, pedir um

acompanhamento de um fisioterapeuta para contratar um fisioterapeuta para ta avaliando preparar esta família (...)".[ENF. 10 – URG EMERG]

"O preparo que eu tenho (né) é de orientação de limitações que essa pessoa vai ter é em relação as limitações, se é um paciente paraplégico quais as limitações que vai ter orientar a família sobre as mudanças de decúbito sondagem vesical de alívio que a família pode fazer que é uma técnica limpa que faz em casa (né) exames periódicos de urina que é feito (né) por orientação lógico médico mais ela pode fazer se tem um posto de saúde próximo á sua residência que ela pode ta procurando e a referencia (né) do sistema único de saúde que é que é ali no HPS tem um setor que empresta as vezes cadeira maca pra poder ter estes pacientes". [ENF. 11 – URG EMERG]

"Como eu falei a gente não tem um plano de alta específica para alta hospitalar, a gente simplesmente está na assistência e nos cuidados, então, assim, o medico deu alta a criança sai e vai embora". [ENF. 12 – INT CLÍNICA]

"Eu oriento a família a procurar o programa de saúde da família na UBS local, para que ela tenha o atendimento de um cuidador em casa (...) oriento a família a ter os cuidados com o paciente e a procurar os direitos dela também ,se existe no bairro, na UBS, local cuidado para esse paciente." [MED. 4 – INT CLÍNICA]

"A gente muitas vezes aciona também o serviço de assistente social, de psicologia, para preparar a família principalmente a mãe e os pais para que tenham consciência do que a criança tem, qual a evolução desta criança ,como é que ela vai evoluir clinicamente para ela não ficar em casa desesperada com a criança, não saber o que faz com a criança". [M ED. 5 – INT CLÍNICA]

"É o preparo para alta deve destes pacientes as vezes é por um tempo mais prolongado pois já no hospital iniciando os cuidados que necessita no domicilio uma vez que a receptividade pela família pelos familiares também é prolongada, uma vez que se tem que criar uma estrutura residencial e uma equipe multidisciplinar para os cuidados ainda difícil na rede pública mais já com grande avanço há necessidade de adaptar as condições residenciais (...) as vezes é de tirar degraus, de aumentar o tamanho é das portas, de tornar-se um piso antiderrapante, colocar barras em banheiros, então, isso tudo é importante para o preparo da alta para a família é adequar o ambiente para as pessoas que vão necessitar deste ambiente". [MED. 6 – UTI]

"É também voltando a alta da UTI para a enfermeira, a gente avalia os dados já citados na questão anterior, discuti com o médico assistente, é o que vai ser passado depois para a alta definitiva e a partir daí a gente programa a alta para o setor de enfermaria normalmente (...)"Aqui no CTI a gente discuti com a fisioterapia e com enfermagem, os cuidados e orientações que vão ser passados para a enfermagem e para a fisioterapia do andar, estes cuidados especiais vão na prescrição. Algumas orientações vão só verbalmente para que o colega mesmo possa passar para a equipe de enfermagem que vai receber o paciente no andar (...)". [MED. 7 – UTI]

"Geralmente a gente reúne as equipes multidisciplinares com os familiares, por exemplo, a nutricionista orienta a dieta, o psicólogo (né), a parte psicológica, o fisioterapeuta muito importante nestes casos. O próprio médico e a enfermagem, tudo isso para orientar em relação aos cuidados em domicilio". [MED. 8 – UTI]

"Eu procuro orientar a família no cuidado dos pacientes até o próprio paciente no cuidado da suas colostomias e ileostomias que é aquilo que eu realizo que possa limitar ou incapacitar o paciente há uma tentativa que o próprio paciente tenha o auto cuidado". [MED. 9 – INT CIRURG]

"A gente orienta a familiar para uso de cama hospitalar, se vai ser necessário o uso de cuidador (...) enfermeiro em casa orienta o banho (né) o uso de fralda, fisioterapia (né). (...) a gente orienta a família e a família que vai procurar os recursos (né)". [MED. 10 – UTI]

"Faço orientações verbais e por escrito sobre os acompanhamentos necessários e já deixo as consultas agendadas para facilitar para a família. (...) Encaminho este paciente para o ambulatório conveniado e passo as orientações para a médica responsável naquele hospital que fará o prosseguimento dos cuidados e orientações. (...) Nós fazemos treinamento com a família, pais, irmãos, tios, para os cuidados domiciliares (...) sempre marcamos as consultas com a equipe de reabilitação explicando o caso para futuro atendimento". [MED. 13 – UTI]

"(...) nós orientamos a família ensinamos a família como manipular, tiramos todas as dúvidas, chamamos mais alguém da família para não sobrecarregar (né) uma pessoa só (...) se precisar, uma cadeira de rodas a cadeira de banho, tudo com ajuda do serviço social da psicologia (...) [ENF. 13 – UTI]

- **Categoria 4- VISITA DOMICILIAR: AVALIAÇÃO DA AMBIÊNCIA E ACESSIBILIDADE**

"Não, não há o máximo que acontece é o paciente relatar das suas dificuldades e passar para a assistente social (né) a gente passa para nossa a assistente social, mas não há , não há esse essa visita domiciliar". [ENF. 2 – INT CIRURG]

"Não sei se há planejamento de visita domiciliar, eu nunca participei eu não sei de deste tipo de ação, eu acho que seria muito interessante que todo mundo tomar conhecimento desta ação se houver uma visita para poder ter maior conhecimento deste processo e encaminhar realmente paciente que precisa disso." [MED. 1 – UTI]

"Não isso eu só vi que funcionava mais ou menos (...) não com sequela neurológica mais no INCA lá no Rio, em que o paciente era visitado em casa , eles viam a condição da casa a condição da família ia o enfermeiro, ia o médico antes da alta e depois da alta ia acompanhando aqui eu nunca vi, acho que não tem este planejamento não" [MED. 2 PS]

"Não" [ENF. 3 – UTI]

"Não" [ENF. 4 – INT CIRURG]

"Não, no meu setor não há planejamento para este tipo de paciente (...) não existe um profissional que realmente iria acompanhar". [ENF 5 – INT CIRURG]

"Não sei como é que é o fluxo não, mas eu sei que a Santa Casa dispõe de um serviço para todos as os convênios (...) de uma orientação para alta, tem enfermeiro, que faz todo este trabalho, especificamente para a visita domiciliar". [ENF. 6 – UTI]

"Aqui no setor não, mas na casa eu sei que tem um projeto sobre isto (...) que tem uma equipe multiprofissional que acompanha o paciente, tem uma enfermeira que ela já é só para a alta ela vai lá conversar com a família (...) eles anotam até o numero da família, eles vão acompanhando durante um mês como está sendo este tratamento em casa". [ENF. 7 – UTI]

"Não, não existe não". [ENF. 8 – INT CLÍNICA]

"Não, no meu setor não tem planejamento de visita domiciliar não". [ENF. 9 – INT CLÍNICA]

"Não, não existe essa possibilidade no momento". [MED. 3 – INT CIRÚRG]

"Não, infelizmente não". [ENF. 10 – URG EMERG]

"Não não vejo isto aqui dentro do hospital". [ENF. 11 – URG EMERG]

"Não, não há, até mesmo por ser uma parte hospitalar (né) não tem essa parte de visita. Nada, recebeu alta, pronto, a gente não tem mais contato com o paciente". [ENF. 12 – INT CLÍNICA]

"Infelizmente não há" [MED. 4 – INT CLÍNICA]

"Não, isso aqui a gente não tem não". [M ED. 5 – INT CLÍNICA]

"Eu trabalho aqui no CTI da Santa Casa, aqui nos não temos diretamente um responsável para esse tipo de atendimento um atendimento domiciliar direto, mas sei que no hospital temos sim o serviço social que já fazem este tipo de atendimento domiciliar". [MED. 6 – UTI]

"Não, este eu não conheço". [MED. 7 – UTI]

"É, aqui, no meu ambiente de trabalho, na UTI, a gente não tem este tipo de serviço". [MED. 8 – UTI]

"Visita domiciliar não". [MED. 9 – INT CIRURG]

"Não, não tem como fazer isso" [MED. 10 – UTI]

"Não, não infelizmente não". [MED. 11 – INT CLÍNICA]

"Eu creio que este tipo de trabalho, essa equipe, não compete ao hospital". [MED. 12 – INT CLÍNICA]

"Sim, normalmente pedimos alguém da equipe seja fisioterapia, enfermeiro ou o próprio médico, que vá ao domicilio do paciente previamente para avaliar as condições do ambiente. Quarto do paciente localização de tomadas (...) para poder organizar as altas e acessibilidade, seja por cadeira de rodas ou por escada, dependendo de como é o domicilio do paciente, ver se é viável essa alta na condição que a casa se encontra no momento (né)". [MED. 13 – UTI]

"Essa visita domiciliar não acontece, a gente não tem nem programada e nem projeto para que ela aconteça". [ENF. 13 – UTI]

"Não, meu setor não". [ENF. 14 – INT CLÍNICA]

8-DISCUSSÃO

Quanto à caracterização dos 25 participantes da amostra, referindo-se as duas categorias profissionais apresentadas, 52% são enfermeiros, 48% são médicos. Estes números expressam uma maior representatividade dos enfermeiros, cuja informação vai de encontro as necessidades da PcD, por entendermos que estes profissionais permanecem maior tempo com o cliente.

Percebemos quanto a faixa etária dos participantes uma diferença de idade bem maior dos gestores médicos em relação aos gestores enfermeiros, assim como estes também possuem maior tempo de instituição o que pode sugerir quanto aos critérios para alta maior segurança ocasionada pelo conhecimento e vivência o que pode fazer toda a diferença na aplicabilidade de métodos e técnicas de avaliação para alta hospitalar da PcD.

No que diz respeito ao demonstrado no Gráfico 1, pertinente ao nível de conhecimento da rede de cuidados à pessoa com deficiência, constata-se que 66,7% dos gestores médicos e 30,8% dos gestores enfermeiros conhecem a rede apenas superficialmente. Relacionando este percentual ao preparo de alta ao cliente com lesão neurológica incapacitante,com indicações para acesso aos programas de reabilitação da rede é sutil, médico encaminha em torno de 8,3% dos clientes e enfermeiros cerca de 25%. Fato este que requer por parte dos gestores públicos informações a respeito dos programas de reabilitação disponíveis na comunidade e maior envolvimento dessas pessoas.

O que nos faz refletir com preocupação sobre como estes gestores encaminham os clientes com lesão neurológica e incapacitante para serviços especializados de reabilitação ou para os demais pontos de atenção disponíveis na Rede. Fica claro da pertinência de que seja oferecida maior e mais consubstanciada fonte de informações, com esclarecimentos aos gestores hospitalares acerca das nuances da Portaria 793/2012, de forma a melhor prepara-los para atuar em sincronia com as demais instâncias da Rede.

Nesse âmbito, cabe destacar, de acordo com a Portaria 793/2012:

> Que no seu Art.22 destaca a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na alínea I diz que o hospital deve responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência. (BRASIL, 2012)

Fato este que mostra o quanto é preciso investir para que esses gestores hospitalares enfermeiros e médicos avancem no estabelecimento de critérios e procedimentos de avaliação a serem adotados para o preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitantes.

Nesse aspecto, há que se considerar uma preocupação, especificamente, reportando meios capazes de ampliar a divulgação das particularidades que envolvem a implementação da estrutura de serviços e/ou pontos de atenção que devem ser acionados na Rede. No caso do adequado preparo da alta hospitalar dos clientes com lesão neurológica incapacitante, é fundamental considerar que o encaminhamento da rede hospitalar para a Rede de Cuidados da PcD, a inclusão dessas pessoas nos programas de reabilitação nela disponíveis, aumenta substancialmente as expectativas de maiores ganhos funcionais e autonomia para o autocuidado.

Considerando o preparo para a alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante e encaminhamento para programas de reabilitação no Município de Juiz de Fora/MG, já estão em parte disponibilizados, supõe-se que os gestores hospitalares conheçam Portaria MS/GM 793/2012, e apliquem para promover continuidade do cuidado com possibilidade para reverter o comprometimento funcional dessa clientela e a inserção social no seu cotidiano.

Diante desta constatação pensamos ser premente que os gestores conheçam melhor o que o Ministério da Saúde tem proposto na organização do SUS, particularmente, quanto ao encaminhamento dos clientes para as Redes de Atenção à Saúde, e para a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, visando contribuir na mudança de modelo assistencial ainda dominante. Com isso incentivar a compreensão do cuidado continuado, de longo prazo, devendo as estruturas das redes corresponderem às necessidades de saúde da população. (SARRETA,2009)

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) arquitetada pelo Ministério da Saúde reafirma os princípios democráticos do SUS promovendo estratégias para a capacitação em serviço fornecendo conhecimentos, saberes que habilite os gestores para atender estes aspectos. Deve-se compreender que essas redes são definidas por arranjos organizativas horizontais de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, com centro de comunicação na atenção básica. Sobretudo, buscam garantir a integralidade do cuidado, com promoção de integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua e integral,

humanizada, de qualidade, responsável, provocando autocrítica e reflexão, transformando ação destes sujeitos (BRASIL, 2013b; SARRETA, 2009).

Assim a Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política de Educação Permanente em Saúde para formação e desenvolvimento dos trabalhadores, implicando em um processo de produção de saúde, através de um eixo articulador com ações das práticas de saúde através da transversalidade que é o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, aqui caracterizados pela intermediação destes serviços através da AB/NASF/UBS. Além disso, prevê a delimitação de uma efetiva participação do gestor hospitalar promovendo elo com as pessoas dessas instancias, implementando este desafio de articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão, compreendendo esta ação como estratégia para garantir o direito à saúde da PcD, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida (BRASIL, 2008; BRASIL 2008a).

Diante do desafio de estabelecer elo entre os gestores hospitalares e as demais estruturas/equipes que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no Município de Juiz de Fora, propomos um protocolo de encaminhamento hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante, para atendimento na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência referenciada pelo Sistema Único de Saúde, como uma estratégia de melhorar o atendimento à partir da continuidade do cuidado/assistência que contribuirão para atingir a integralidade do cuidado com participação dos atores sociais na condução deste processo de reabilitação.

Outro aspecto que precisa ser analisado remete ao critério de alta exclusivamente médica, considerando que o mesmo é compartilhado por gestores médicos e enfermeiros, conforme demonstrado no gráfico 3, representando expressivo percentual de 66,7% dos médicos, e 33,3% de enfermeiros compartilham, sugerindo que o médico detém o poder. Algo que pode ser associado ao histórico domínio do espaço hospitalar pelos profissionais médicos, como comportamento cultural, portanto, mais resistentes às mudanças decorrentes da evolução da ciência nas diversas áreas de conhecimento.

Neste sentido faz-nos refletir no contexto da concepção de complexidade de Michel Foucault (2014) sobre as relações de poder e seus dispositivos, quando o autor buscou estudar as implicações do poder não para criar uma teoria, mas para identificar como os sujeitos sociais interagem em determinados contextos onde as relações de poder emergem delimitando limites entre papeis de líderes e subordinado fica expressa a

ideia de liderança unilateral que permanece um estigma vitimado pela própria organização e mantém sem a devida consciência e reflexão.

Oportuno ressaltar que há determinação do Ministério da Saúde, (2008a), para propiciar a produção de cidadania através da construção de novos arranjos instrumentos de gestão que ampliem a corresponsabilização através da cogestão, gestão colegiada, buscando uma cultura sanitária considerando o processo de descentralização, promoção, prevenção com ações de cura e reabilitação através da dimensão subjetiva da pratica, valorizando os diferentes sujeitos no processo de produção de saúde e os trabalhadores como atores e sujeitos da saúde.

As proposições aqui explicitadas situam-se como esboço inicial para pensarmos em melhoria quanto ao procedimento de alta por parte dos gestores hospitalares, ao cliente com lesão neurológica incapacitante, devido à lesão medular ser uma condição incapacitante que acarreta inúmeras alterações tanto para a pessoa acometida quanto para os seus familiares. O tipo de lesão e o atendimento emergencial efetivo são fatores determinantes da gravidade da lesão e das consequências motoras, sensoriais e psicossociais (MACHADO et al., 2006).

Ao analisarmos o desdobramento do critério para alta no compartilhamento com a equipe cujo (gráfico 3) aponta para um percentual de 16,7% dos médicos e dos profissionais enfermeiros 50,0%, fazem-nos refletir sobre esta necessidade como algo indispensável, devido à necessidade de ação conjunta imediata após a instalação da lesão e durante o tratamento serem fatores determinantes que influenciam para a condição de enfrentamento de uma nova condição e mudanças no estilo de vida da pessoa. Este dado nos remete a creditar que estes profissionais tendem a promover o cuidado no contexto da multidisciplinaridade, o que contribui para a integralidade.

Conforme determina o Ministério da Saúde (2013b) o cuidado ao cliente com lesão medular inclui um conjunto de ações que se inicia no primeiro atendimento e continua até a sua reintegração social. Por isso, toda a equipe de atendimento deve estar envolvida desde a fase aguda em ações que permitam no futuro a inclusão social e econômica do paciente com sequela de lesão raquimedular. Este processo deve ser desenvolvido pelo atendimento simultâneo e integrado de diversos profissionais de saúde (BRASIL, 2013b).

Desta ação eficiente no contexto da multidisciplinaridade, decorre a qualidade dos serviços prestados a pessoa com deficiência que tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e

usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma interação harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao paciente (BRASIL, 2006).

Importante esclarecer que a esfera do multiprofissional leva em conta as especificidades disciplinares, considerando conexões, interfaces entre as intervenções técnicas e peculiares de cada profissão. Trabalhar em equipe multiprofissional no SUS refere construir consensos quanto aos objetivos a serem alcançados pelo conjunto. O trabalho é coletivo, que significa dizer que é um modo integrado de trabalhar, conectando diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados. Há interação profissional possibilitando a construção de um projeto compartilhado, caracterizando atuação conjunta, coletiva, distinto de interdisciplinaridade que diz respeito á produção do conhecimento no caráter epistemológico (MACIEL, 2007).

E esta qualidade advém de ações conjuntas. Referindo-se a padrões diante desta realidade o Ministério da Saúde traça diretrizes de conduta quanto à avaliação e preparo para alta do cliente com lesão neurológica. Orienta o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde (CIF) e define o instrumento como mensuração e formulação de políticas para a saúde e incapacidade, que oferece uma linguagem padrão e uma estrutura para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde.

A CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras b, s, d, e são utilizadas para indicar, respectivamente: Funções do corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quatro níveis (um dígito cada). Os construtos da CIF organizam-se de maneira que as categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas, completando assim a taxonomia da classificação. (BRASIL, 2013a).

Por englobar todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar, pode ser utilizada para classificar todas as pessoas, com incapacidades organizadas em duas partes. Cada componente

subdivide-se em domínios e categorias. No decorrer do tratamento há uso o cliente pode ser classificado com vários códigos diferentes o que evidencia mudanças no seu nível de independência, participação social, explicando os benefícios do uso dos equipamentos ortopédicos e de possíveis estratégias de acessibilidade. (BRASIL, 2013a)

Desta forma o Ministério da Saúde (2013a) parte do princípio de que todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção no paciente melhor e mais humanizada.

Dessa melhoria na atenção fazem parte o respeito e valorização ao paciente, a humanização do atendimento e a adoção de medidas que visem a atender às crescentes exigências e necessidades da população, criando um sistema de saúde em rede que tenha comunicação entre as equipes, segmentação do cuidado através da continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário, superando o isolamento dos serviços em nível de AB,objetivos esses que tem sido perseguidos com persistência pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2013a; BRASIL, 2008a).

Para o profissional enfermeiro de acordo com padrões profissionais utilizar a taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e o método de solução de problemas baseia-se no conhecimento dos problemas e necessidades dos pacientes onde as decisões são tomadas conjuntamente – enfermeiro-paciente, tendo como objetivo solucionar problemas através da tomada de decisões. O que parece coerente considerando a condição de complexidade da PcD e o contexto de ser cuidado por familiares/e /ou cuidador, sendo ambos envolvidos com a equipe de saúde no sentido de criar habilidades para orientar o autocuidado (ZANETTI, 1994).

É importante considerar que a organização do processo de trabalho no âmbito da reabilitação/habilitação tem como eixo central a integralidade, que deve incluir não só o tratamento e a recuperação de clientes com lesão neurológica incapacitante, assim como a promoção de sua saúde através da prevenção de agravos que sejam desenvolvidos através de ações intersetoriais e, interinstitucionais.

Entretanto, na sociedade contemporânea faz-se necessário refletir sobre uma nova forma de cuidar transcendendo o conceito de corpo físico-emocional, exercitando um novo olhar diante do corpo da PcD que é o instrumento de trabalho utilizado por diferentes profissionais, promovendo uma interconexão no contexto da interdisciplinaridade, favorecendo o desencadear ou não novas energias, dificuldades

de ordem política do saber e de poder no espaço do cuidar. (FIGUEIREDO & MACHADO, 2009)

Que neste espaço o profissional na sua especificidade possa dispor-se a promover uma interação com a pessoa com deficiência família e cuidador na abrangência do saber ser, constituído de uma sensibilidade que permita-lhe perceber a necessidade afetada do outro a partir de sinais, aplicando teoria do auto cuidado, que segundo Machado et al (2013), são requisitos universais que devem ser voltados para a integridade física. É possível obter subsídios para promoção do cuidado educativo de enfermagem, contribuindo para a adaptação individual o (re) construir de uma realidade, compartilhando experiências e vivências.

Ainda quanto ao desdobramento de procedimento da alta por parte dos gestores hospitalares destacam-se no Gráfico 3, percentuais de médicos 33,3% e 16,7% de enfermeiros, que compartilham critérios de alta com a família. Nesse processo, desenvolvem ações que envolvem a participação e orientações para o autocuidado, estratégias voltadas para a educação para saúde também merecem destaque, tendo em vista que as atividades das equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF) envolvem visitas e cuidados domiciliares para toda a clientela da sua área de abrangência. O cadastramento das famílias realizado pelos agentes comunitários de saúde levou aos domicílios de usuários e tornou visíveis as necessidades de saúde das pessoas com perdas funcionais e dependência, antes confinados em seus lares e /ou de seus cuidadores (AMENDOLA et al.,2008).

Para Maciel et al.,(2009) devemos fazer a distinção entre equipe como agrupamento de agentes caracterizado pela fragmentação, e equipe como integração dos trabalhos com proposta da integralidade das ações de saúde sendo esta, através de uma integração consoante que requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde e que os profissionais sejam sensíveis quanto ao contexto pessoal, familiar e social.

Esse aspecto expressa a necessidade de que médicos e enfermeiros, atuando no espaço do cuidar, o micro hospitalar, tenham conhecimento de aspectos políticos que norteiam e estruturam a rede de cuidados á PcD, no âmbito das Políticas Públicas de saúde e reabilitação.

Por complemento da complexidade que envolve o cuidado de pessoas com lesão neurológica incapacitante, é preciso situar a importância do cuidador domiciliar,

considerando aquele agente social a ser preparado para o exercício domiciliar de atividades técnicas voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dessas pessoas. Enfoque na conquista de novos patamares funcionais contribui para que esses clientes alcancem metas para o autocuidado e maior independência para as atividades da vida diária. O que implica na dedicação dos enfermeiros gestores das unidades hospitalares e os enfermeiros da atenção básica, como responsáveis diretos pelo planejamento, execução e avaliação das estratégias/cursos para habilitar cuidadores domiciliares.

Quanto à forma de avaliar os clientes para receber alta, de acordo com o pontuado pelos gestores deste estudo, 40% dos médicos afirmam se orientar pelo exame clínico das condições dos clientes, enquanto apenas 10% dos enfermeiros aplicam estratégias/modelos de avaliações específicos da categoria. Ademais, observou-se que esses 10% dos enfermeiros relatam se basear na escala de Fugulin, enquanto os médicos em torno de 20% informam utilizarem escala de Glasgow e Rankin.

Ainda 40% dos médicos e 50% dos enfermeiros avaliam as necessidades afetadas. Relatam encaminhar o cliente com lesão neurológica incapacitante para outro profissional, gestores médicos 10% e gestores enfermeiros 30%. Informam avaliar a capacidade da família e cuidadores em lidar com a nossa situação, quanto aos médicos 10% e enfermeiros 10%.

O procedimento quanto a alta hospitalar para a PcD em caso de adquirir úlcera de pressão como procede a orientação para ambulatório/rede de cuidados. Aponta para cerca de 77,8% dos gestores médicos 76,9% dos enfermeiros encaminham para Ambulatório, 22,2% médicos e 23,1% enfermeiros encaminham para Rede de Cuidados. Fato este que sugere o desconhecimento desta rede, o que caracteriza mais uma barreira promovendo dificuldade para continuidade do tratamento o que expressa uma necessidade urgente em mudança de conduta.

A partir da compreensão que a úlcera por pressão é um agravo de difícil tratamento, que requer cuidados prolongados e onerosos. Nos clientes em risco de adquirir esta lesão, o enfermeiro realiza intervenções por meio da utilização de escalas de predição de risco, a exemplo da escala de Braden, a mais utilizada e extensivamente testada até o momento, devido a seu bom desempenho em testes de validação. (MEDEIROS, et al., 2012)

Outro aspecto relevante sugerido no gráfico é de que falta comunicação institucional visto que há seguramente encaminhamento do cliente para tratamento da úlcera por pressão para rede, por parte de alguns gestores.

A transversalidade é um dos princípios da humanização do SUS correspondente á transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, (produção de si e do mundo) o que deve acontecer na constituição das relações de trabalho, produzindo a construção e a troca de saberes, com desestabilização dos territórios do poder. Deve prevalecer na mudança de gestão e de atenção a afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos. (BRASIL, 2008a).

O termo acesso aos serviços de saúde apresenta uma pluralidade e uma complexidade, sendo inclusive objeto de estudo de literaturas internacionais. As barreiras de acesso aos serviços de saúde têm aspectos característicos de natureza política, técnica, econômica, social, simbólicas e organizacionais apontadas no Modelo de Análises sobre o acesso universal a serviços de saúde (ASSIS; JESUS,2012)

Quanto aos elementos que caracterizam barreiras ao acesso da PcD à rede, de acordo com Machado (2014), há falta de enquadramento e comprometimento fica evidente a omissão dos gestores hospitalares na organização dessa rede, esclarecendo como são planejadas altas de pessoas com lesão neurológicas, ou vítimas de acidentes de trânsito com seqüelas neurológicas, ortopédicas e/ou traumatológicas, deixando de cumprir o princípios da integralidade, esquecendo-se de que essas pessoas são potenciais usuárias dos programas de reabilitação física, faz com que se perca precioso tempo fora desses programas para cicatrização de úlcera de pressão, freqüentemente adquiridas nos ambientes hospitalares.

Quanto ao envolvimento da família, (Gráfico 6) 92% dos gestores informam que o fazem no preparo de alta, e cerca de 91,3% deles promovem a educação para a saúde com o cliente e familiares. Quanto ao envolvimento dos profissionais da rede básica e equipes de reabilitação cerca de 13% dos gestores relatam fazer.

Atender o cliente com lesão neurológica incapacitante na integralidade requer que pensemos um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente em estado crítico, sendo indispensável uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos recursos humanos quanto aos recursos físicos e materiais, inclusive com criação de instrumentos de coleta de dados que permita identificação das necessidades humanas básicas afetadas do cliente, avaliando a complexidade e individualidade,

estabelecendo uma efetiva comunicação multiprofissional, garantindo a continuidade da assistência de enfermagem.

Neste contexto a rede de atenção básica e o programa saúde da família são resultados das transformações importantes que ocorreram no SUS nos últimos dez anos e a palavra que caracteriza essas mudanças é a inclusão.

Inclusão esta que acontece à partir de uma rede de cuidado caracterizada pela interação dos profissionais e que o estudo aponta sobre esta necessidade.

Necessidade de implantar estratégias que visem contribuir com o novo modelo proposto pelo SUS, alicerçado em mudanças institucionais, profissionais e pessoais à partir do significado da formação e qualificação do cuidado que devem estar presentes nos processos educativos para o profissional de saúde, reconhecendo a necessidade e o poder criativo de cada um, ouvindo e refletindo sobre a prática de todos, com valores e significados perdidos, tornando-se indispensável recuperá-los no espaço do trabalho. As mudanças positivas ocorrem no desempenho das pessoas quando há investimento de treinamento e qualificação bem planejados com objetivos claros e definidos, alinhados a estrutura institucional. (BATISTA; GONÇALVES, 2011)

No que tange a interação da equipe transdisciplinar com cliente\família e\ou cuidador, esta interação deve contemplar o compartilhar dos saberes, o que significa que ações de cuidados e pesquisas são realizados juntos, caracterizando uma reabilitação/habilitação biopsicossocial, buscando contemplar a integralidade. O profissional à partir de uma interação terapêutica percebe as reais necessidades do cliente com lesão neurológica, seu enfrentamento nas fases como: choque, estado de confusão devido as bruscas modificações causadas pelo trauma, a negação percebe mas não aceita o acontecimento tentando conservar sua imagem anterior, o reconhecimento e a tomada de consciência do estado atual, alterações como paralisia, perda do controle de esfíncter, medo de tornar-se fardo a restrição social acarretam sentimentos variados, inclusive a depressão. (MACHADO et al.,2010)

Neste aspecto revela-se como indispensável o que Ministério da Saúde chama de *empoderamento* de sujeitos sociais, termo oriundo do inglês – empowerment - significa uma ação coletiva, desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados. Potencializando a reordenação das relações de poder, tornando-as mais democráticas e inclusivas, através de articulação das redes especializadas com a sociedade civil organizada (igrejas, ONGs, associações, potencializando a ação da comunidade em busca da cidadania). Tendo como resultado final a manutenção da

saúde física e mental, desenvolvendo ação, autonomia e inclusão social, em última análise concretizando em uma vida plena. (BRASIL, 2013a)

No pertinente à acessibilidade como condição básica para o cuidado domiciliar de longo prazo e, consequente inclusão social, os gestores participantes deste estudo, cerca de 91,7%, não a incluem na sua rotina a possibilidade de instituir a visita domiciliar antes da alta hospitalar, com fins de avaliar essa condição e considerá-la como critério de alta.

A esse respeito, acrescenta-se a necessidade de se estabelecer visita domiciliar no decorrer do preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante, visando identificar barreiras arquitetônicas impeditivas ao dia a dia do cuidado, com perspectivas para a autonomia e autocuidado. Nesse sentido, é imperativo que os gestores hospitalares consultem as normas técnicas ABNT NBR 9050(2004), cujos parâmetros antropométricos norteiam aspectos fundamentais nesse âmbito (BRASIL, 2013a).

Considerando este limitado percentual relativo à visita domiciliar com intenção de identificar condições de acessibilidade para o desenvolvimento dos cuidados planejados para os clientes com incapacidade funcional, resta-nos lamentar que os gestores hospitalares não se atentam para questões tão essenciais, comprometendo a integralidade do sujeito em suas necessidades de cuidados diários.

Com efeito, os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe acorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

O atual enfoque do sistema público de saúde deve se reorganizar para superar a fragmentação da gestão, e da atenção, assegurando ao usuário ações em conjunto com eficiência, eficácia, segurança, qualidade e equidade. No Brasil, o Ministério da Saúde tem proposto a organização do SUS em regiões de saúde o encaminhamento para as Redes de Atenção à Saúde, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que visa contribuir na mudança de modelo assistencial, com cuidado continuado, devendo responder as necessidades de saúde da população.

Neste contexto, as Redes estão definidas por arranjos organizativos horizontais de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, com centro de comunicação na Atenção Básica (AB), buscam garantir a integralidade do cuidado, com promoção de integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua e integral, humanizada, de qualidade, responsável. (BRASIL,2010a)

Faz reiterar que as unidades hospitalares agregam normalmente grande quantidade de profissionais de variadas qualificações, que atuam em equipes multiprofissionais, coordenadamente voltadas para o compromisso de manter ou salvar vidas. Todos estes profissionais atuam em prol de objetivos comuns, voltados para a atenção e manutenção da saúde e da recuperação da qualidade de vida dos pacientes, em uma consonância com a Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação.Sendo que apesar de haver objetivos traçados para alcançar a qualidade, porém tratando-se de cuidar da PcD atendendo suas necessidades individuais na sua complexidade, é indispensável que haja um trabalho coletivo com base na interação dos sujeitos sociais, conforme abaixo destacado:

> ‘‘Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde ”(PERES, 2006p. 493)

Entendendo que estes profissionais vivem sua rotina hospitalar no contexto de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, é oportuno traçar uma definição. O primeiro termo remete à formação e atuação das chamadas equipes multiprofissionais para a efetivação da assistência à saúde. O segundo, por sua vez, remete à ideia de que as equipes não se processam pela simples presença das diversas categorias profissionais, mas sim pela interação efetiva das diversas disciplinas e saberes, agindo como elemento integrador de seus membros (SILVA; SANTOS; 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) tradicionalmente, os serviços de saúde organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias, médico, enfermeiro e assistente social, e não em objetivos comuns.

Ademais, a palavra gestor remete algo que aponta para comando, autonomia. Assim, conforme a análise da literatura aponta que os discursos dos gestores deve consistir na existência de valores éticos que podem determinar a alocação de recursos analisando a palavra equidade na sua diversidade de decisões sentidos tendo em suas ações necessariamente dinâmicas que todos os atores devem ser envolvidos, profissionais, pesquisadores e usuários do SUS, ouvidos e considerados no planejamento das ações em saúde. (GRANJA et al., 2009).

Os gestores hospitalares devem compartilhar saberes apesar de realidades distintas, exercendo um poder de forma circulante, com atitudes convertidas em condutas técnicas com objetivo de favorecer um atendimento qualificado e integral aos clientes a eles confiados, promovendo interações às demais instâncias da Rede, prescrições de adaptações ambientais que se destinam a remover ou minimizar as barreiras e/ou favorecer a segurança e bom desempenho, tanto em ambientes domésticos quanto comunitários.

Cumpre destacar que entre os participantes deste estudo houve relato de encaminhamento dos clientes para os serviços de Atenção Básica, além de outras instâncias da rede, como para o Departamento de Atenção Pré-hospitalar e de Internação Domiciliar de Juiz de Fora, que pertence à Subsecretaria de Urgência e Emergência e está localizado no HPS. É conhecido por Departamento de Internação Domiciliar (DID), embora pequena, porém sinaliza a necessidade de maior investimento no que diz respeito promover divulgação das redes disponíveis na comunidade, de forma a agregar maior responsabilização dos gestores no sentido de promover elos e interação com as demais esferas de prática e atenção à essas pessoas.

Houve também quem relatasse encaminhar este cliente para Unidade de Atenção Primária a Saúde - UAPS - na região Sanitária 5 - Nordeste - Nossa Senhora das Graças (T), para realização de tratamento em úlcera por pressão.

A partir do entendimento que esse sistema de saúde não é estático, nem sobreposto, passe a concebê-lo numa estrutura funcional e operacional no fluxo de relações intersetoriais, adquirindo um maior dinamismo, conformando-se em redes poliárquicas de atenção à saúde. Nesse conceito, a Atenção Primária torna-se o centro de comunicação das redes assistenciais. (JUIZ DE FORA, 2014)

Houve expressiva fala dos participantes compartilhando com família/cuidadores através da educação para saúde orientando para o autocuidado.

Vale destacar que por isso a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde" (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde acrescenta que diversas normas regulamentadoras sobre pessoas com deficiência foram editadas, assim como a formulação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos fundamentais desta parcela da população, sendo progressivamente incorporada na agenda política e, consequentemente favorecendo o acesso a bens e serviços para todos, com equiparação de oportunidades. (BRASIL , 2013a)

9- CONCLUSÃO

A Gestão hospitalar no setor público e no setor privado é complexa por natureza, exercida por profissionais médicos e enfermeiros com vasta experiência técnico-administrativa, além de amplo domínio de conhecimento da área onde atuam. Evidentemente, não se constitui regra, mas deveria, considerando serem esses gestores detentores de poder de decisão que repercutem sobremodo nos rumos internos e externos dos serviços de saúde e reabilitação dos clientes com lesão neurológica incapacitante, como os focados neste estudo.

Considerando que a Portaria do Ministério da Saúde que instituiu a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência é recente, na agenda dos profissionais de saúde, não há como excluir a possibilidade de que esses gestores ainda tenham muito a discutir, refletir, para que estejam habituados aos seus diversos caminhos, saídas articuladas com demais pontos de atenção dessa rede. Como pode ser observado nos recortes das falas dos participantes, seja através do registro textual, sejam através das evidências quantitativas registradas nos quadros deste estudo, ainda há muito a percorrer até que sejam alcançados plenos domínios da Rede de Cuidados da PcD.

A constatação de que avançam decisões compartilhadas para o estabelecimento de critérios para alta desses clientes, quando o profissional médico abre mão da sua histórica dominação no setor saúde, mais evidente nos ambientes hospitalares, abre novos horizontes para que a continuidade das ações terapêuticas de reabilitação sigam o mesmo ritmo, sentido. Ademais, o compartilhamento do preparo da alta hospitalar com membros das famílias de clientes com incapacidades funcionais, significa considerar que essas situações envolvem suposição de cuidado de longo prazo, a ser desenvolvido nos cenários domiciliares.

Embrionária referência à necessidade de se instituir visita domiciliar antes da alta dos clientes, evidencia preocupação com a continuidade do cuidado extra muros institucionais. Da mesma forma, os dados revelam que alguns gestores hospitalares que participaram deste estudo fazem o encaminhamento direto desses clientes para diversos pontos de atenção existentes na estrutura dos serviços públicos de saúde, como forma de apresentar aos clientes e seus familiares onde poderão dar continuidade ao tratamento, dirigido a um problema agudo ou que requeira ingresso em programas de reabilitação.

Este estudo não esgota a temática, apresenta contribuição inicial de investigação acerca da temática – elos fundamentais para a consecução da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, abordando aspectos da intrincada relação dos

profissionais médicos e enfermeiros que atuam na gestão hospitalar, nos decisivos momentos que precedem a alta de clientes com lesão neurológica incapacitante.

Uma contribuição para a Enfermagem de Reabilitação, para a medicina, saúde pública, saúde coletiva, entre outras áreas de conhecimento que investigam objetos afins ao aqui estudado.

Reitera a importância dos Centros Especializados de Reabilitação – CER, decorrentes da instituição da Portaria 793/2012, compreendidos como cenários de saúde e reabilitação, onde clientes com incapacidades físicas, sensoriais e/ou intelectuais receberão aporte de cuidados específicos para seu evolutivo processo de reabilitação e inclusão social.

A superação de barreias de acesso numa cidade polo como Juiz de Fora, seria o primeiro passe para integralidade, entende-se, portanto, que a adoção de um protocolo de encaminhamento hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante para atendimento na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência referendada pelo SUS contribuirá positivamente com estas melhorias, expressa uma necessidade que vai ao encontro quanto ao atendimento das necessidades básicas dessas pessoas.

Há expectativa que este protocolo não promova somente a qualidade de vida a PcD , mas fortaleça o elo entre gestor hospitalar e as demais pessoas na instância da Rede de Cuidados, diminuindo as longas filas de espera por vagas em leito hospitalar assim como, reduzir o custo no contexto do cliente adquirir úlcera de pressão em torno de 40%, já comprovado em pesquisas anteriores.

Vale destacar, portanto que toda a discussão aqui proposta, com seus pressupostos e implícitos, torna-se cada vez mais complexa, portanto não temos a intenção de esgotar o assunto. Estes estudos servirão como contribuições para que gestores hospitalares possam promover estratégias articuladas com os demais pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, de modo a assegurar a continuidade do cuidado e da assistência integral em programas de reabilitação física. Da mesma forma, oferecer subsídios para estudantes, profissionais e pesquisadores na área de pública de saúde, para temas relacionados ao preparo de alta hospitalar de pessoas com lesão neurológica incapacitante que dependem de encaminhamento à Rede de Cuidados.

Estes indicadores servirão para reiniciar outras interpretações servindo como contribuições na área de saúde pública no aspecto da reabilitação/habilitação e outros estudos para confirmar se a implantação do protocolo e a sugestão da implantação do

tema no processo de educação permanente trará qualidade para a PcD em âmbito hospitalar na dimensão do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dec. 2011. Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Aug. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de *Acreditação Hospitalar* / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf acesso em 30 set. 2014

_____. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L7853.htm>. Acesso em: 08 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Previdência Social. 2007. pp 7-9.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. DOU nº 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013, Seção 1. 59.

_____. 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 Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da presidência da República . Avanços das políticas Públicas para as pessoas com Deficiência- Uma análise a partir das Conferencias Nacionais – Brasília: Ministério da saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. Brasília, 2008

_____. Lei n^{o}. 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 08/09/ 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em

Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção 1. p.37.

_____. Constituição. Brasília: Senado federal,1988.

_____. A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/documentos_apoio/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-comentada.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

_____. Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência : SDH-PR/SNPD, 2013 92 .disponível em: www.pessoacomdeficiencia.gov.br-acesso em 10 março 2015

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. 1999.

_____. Gestores do SUS: olhares e vivências. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde,2006.

_____. Rede de Atenção à Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais Estudo de caso Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 5. Brasília-DF 2011.

_____. Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/disponível: http://www.saude.gov.br/editora Acesso em 30 set 2014

_____ Portaria nº. 2.395, de 11 de outubro de 2011b. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Brasil. Ministério da saúde completar HUMANIZA SUS, 2009

_____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº. 8.080/90. 1º. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012 .

_____. Portaria nº. 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012 .

_____. Portaria Nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências, 2012 .

_____. Portaria nº. 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012 .

_____. Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Brasília: 2013 b.

_____. Portaria nº. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 c.

CIF. *Classificação Internacional* da. *Funcionalidade,*. Incapacidade e *Saúde* ... Nas classificações *internacionais* da *OMS,* as condições de *saúde* (doenças ... *Mundial de Saúde* para utilização *internacional* em 22 de Maio de *2001*.disponível em:http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf

FERNANDES L.B.et al, Breve Histórico da Deficiência e Seus Paradigmas, Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas interdisciplinares em Musicoterapia, Curitiba, 2011

v.2,p.132-144,2013 –Artigo Disponível em:http://.fap.pr.gov.br/.../Art0_NEPIM_Vol02_BreveHistorico Deficiencia. Acesso em 13 set 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de e MACHADO, Wiliam César Alves,[coordenadores]Corpo & saúde: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada,2009. ISBN 978-85-88656-28-4

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder, organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado - 28ª.ed. – São Paulo, 2014

FUGULIN FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANJA CF et al. O Discurso dos Gestores Sobre a Equidade: Um Desafio para o SUS. Artigo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

IBG. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência (BR),Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. [Internet]. Brasilia: DH-PR/SNPD; 2012 [citado 21 de dezembro de 2014]. 32 p.Disponível em: http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/cartilhasdeficiente/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia.pdf acesso em 20 out.2014

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde 2010-2013. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Mimeografado.

MACHADO, Wiliam César Alves et al. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. In: Tratado de Cuidados de Enfermagem..1 ed.SÃO PAULO : EDITORA ROCA, 2012, v.2, p. 2502-2539.

_____. WCA,Scramin AP. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. RevEscEnferm USP. 2010; 44(1):53-
60

_____. Wiliam César, INTEGRALIDADE: Assistência à Saúde focada na singularidade dos idosos e pessoas com deficiência, Rede SACI, 2014

_____. W.C.A. – Deficiêntes x services de saúde: uma sintonia necessária. Perfil da realidade. Revista Eletronica de Enfermagem(Online), Goiânia, v.3,n.1, jan-jun.2001. Disponível :http://www.fen.ufg.br/revista Acesso em 05/002/2015Acesso em: 10 set 2014.

_____. WCA, Alvarez AB, Teixeira MLO et al. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia J. res.: fundam. care. online 2015. jan./mar. 7(1):1796-1807 ISSN 2175-5361 DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1796-1807

MACIEL, Regina Heloisa etal.OMultiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do programa de saúde da família. Fortaleza, Ceará, 2007; **Relatório Final, p. 62**
Disponível em :www.observarh.org.br/observarh/.../Multiprofissionalismo_saude.pdf. Acesso em: 10 set 2014.

MAGALHÃES, Júnior H. M. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada de urgência e emergência. In: Melo MCB, Vasconcellos MC (Orgs.). Manual de Atenção às Urgências e Emergências em Pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas GM/MS Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf acesso em 18 de out. 2015

MARCOS et al., Escalas Clínicas e funcionais no Gerenciamento de indivíduos com lesões Traumáticas da Medula espinhal. REV. Neurocienc.2007; 234-235

MARQUES, Antônio Jorge de Souza Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. / Antônio Jorge de Souza Marques. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 42 p Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/REDE-DE-URGENCIA-E-EMERGENCIA-NORTE-MINAS-Estudo-de-Caso.pdf acesso em 30 out. 2014

MEDEIROS et al, PROCESSO CLINICAL CARITAS APLICADO A CLIENTE PARAPLÉGICO COM ÚLCERA POR PRESSÃO.REV.RENE.2012;13(5):1197-207

MG. Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Juiz de Fora, Comissão do conselho Municipal de Saúde e Elaboração do plano de saúde 2014-2017 , Biênio 2013-2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde./2014.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. 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, MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, July 2013 .

AvailablefromDisponivel:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001500004&lng=en&nrm=issoAccesso em 10/05/ 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004.

OKAGAWA etal.Competências desenvolvidas em um curso de especialização em gestão em enfermagem à distancia. Artigo; 2013

PORTAL COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Brasília – DF, out.2009 www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384html. Acesso em 25 jun 2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, SECRETARIA DE SAÚDE, **COMISSÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE** 2014-2017 – p. 88 Biênio -2013-2015. Disponível em: file:///F:/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf Acesso em 3fev 2015

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, p. 492-499, Sept. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300015&lng=en&nrm=iso>. accesson 25 Aug. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015.

RODRIGUES LBL et al. **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção**: uma revisão integrativa. Artigo; 2014. Disponível em: http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2006_Classif_worksheet.pdf. Acesso em 10 set 2014.

RODRIGUES, Eloisa Andrade Almeida. **Uma revisão da Acreditação Hospitalar como método de avaliação de qualidade e de experiência brasileira,** Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS,66,2004

SANTOS et al, **Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros,** Ciência &Saúde Coletiva,19(3):967,2013

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS[online]. São Paulo:Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.Disponível em:http://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099-07.pdf acesso em 20 set.2015

SCRAMIN AP, MACHADO WCA. Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: **intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo**. Esc Anna Nery RevEnferm. 2006; 10(3): 501-08.

SILVA, LA; SANTOS, JN. Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. Anais do 2º Congresso Transformare, Paris: ISC, 19 e 20 de março de 2010

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. saúdecoletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011 Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. accesson 17 Aug. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014. Artigo

SOUZA, Irene Duarte. Integralidade da Assistência: a narrativa de usuários egressos de Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde / Irene Duarte Souza. – 2012. 300 f.: il. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de 2012. 1. Atenção integral. 2. Narrativa. 3. Sistema Único de Saúde)Artigo

UFJF. Laboratório de demografia e estudos populacionais da Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF.abril , 2012. On-line disponível: http://.ufjf.br/.../um-terço-dos-habitantes-de-juiz-de-fora-e-de-outras-cida acesso em 20 out 2014

ZANETTI,M.L; MARZIALE,M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. O modelo de horta, a taxonomia de Nanda e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. R.gaúcha Enferm,v.15,n.1/2,p.76-84,1994.

ARTIGO 1

Critérios utilizados por médicos e enfermeiros para alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante.

1 Estudo extraído da pesquisa intitulada "Papel do gestor hospitalar na implantação da rede de cuidados a pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde". Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Mestrado. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório, com objetivo de identificar os critérios utilizados por médicos e enfermeiros para o preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante e indicação para acesso a programa de reabilitação física. Dados coletados no segundo semestre de 2014, com 12 médicos e 13 enfermeiros que atuam na chefia de unidades de internação hospitalar, através de entrevista com roteiro semiestruturado e analisados pela técnica de análise temática. Os dados evidenciaram a utilização de critérios de alta tanto da competência exclusiva do médico, quanto critérios através do seu compartilhamento com demais membros da equipe. Da mesma forma, o estudo revelou que médicos e enfermeiros procuram envolver cuidadores e familiares no preparo da alta desses clientes, além de procederem aos encaminhamentos para serviços complementares disponíveis na atenção básica e na continuidade, embora se tenha constatada necessidade de maior divulgação acerca das implicações da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

Descritores: Gestão Hospitalar, Planejamento da Alta, Centros de Reabilitação.

ABSTRACT

Descriptive, exploratory study, in order to recognize the criteria used by physicians and nurses for the preparation of hospital discharge for patients with disabling neurological lesion and indication for access to physical rehabilitation program. Data collected in the second half of 2014, with 12 physicians and 13 nurses working at the head of hospital units, through semi-structured script interviews and analyzed using thematic analysis. The data showed the use of high views of both the exclusive competence of the physician, as the criteria by sharing it with other team members. Similarly, the study found that physicians and nurses seek to involve caregivers and family members in the preparation of these patients, and proceed to referrals them for additional health services in primary care sources of the continuity, although it has found a need for greater disclosure about the implications of the People with Disabilities Care Network.

Descriptors: *Hospital Administration, Patient Discharge, Rehabilitation Centers.*

Criteria used by physicians and nurses of the hospital for discharge of patients with disabling neurological injury.

RESUMEN

Estudiodescriptivo, exploratorio, con objetivo de identificar loscriterios utilizados por los médicos y losenfermeros para lapreparacióndel alta hospitalaria al cliente conlesión neurológica discapacitante e indicación para elacceso al programa de rehabilitación física. Los datosrecogidosenel segundo semestre de 2014, con 12 médicos y 13 enfermeros que trabajan al frente de las unidades hospitalarias, a través de entrevistas conguiónsemi-estructurado y analizados mediante análisis temático. Los datosmostraron que el uso de altas vistas tanto de lacompetencia exclusiva del médico, loscriterios, así como compartiendoconotrosmiembrosdel equipo. Del mismo modo,

elestudioencontró que los médicos y losenfermerosbuscan involucrar a los cuidadores y losmiembros de lafamiliaenlapreparación de estos clientes para la alta, y proceder a referencias para servicios de atención primaria de salud complementaria disponiblesenlacomunidad, aunque se ha encontrado una necesidad de una mayordivulgación sobre lasimplicaciones de laRed de Atención a las Personas conDiscapacidad.

Descriptores: *AdministraciónHospitalaria, Alta del Paciente, Centros de Rehabilitación.*

Los criterios utilizados por los médicos y losenfermeros para la alta hospitalaria para los clientes conlesión neurológica incapacitante.

INTRODUÇÃO

Dados do censo demográfico de 2010[1] revelam que as pessoas com deficiências e incapacidades representavam 14,5% da população brasileira e atingiram marca de 45,5 milhões, ou seja, 23,9% dos 190,7 milhões de brasileiros.

De acordo com o Relatório mundial sobre violência e saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS)[2], qualquer país em tempos de paz apresenta cerca de 10% de sua população com graus variados de incapacidade. Nesse sentido, para a adequada recuperação do papel desses indivíduos na família e na sociedade, há necessidade de intervenções terapêuticas adequadas realizadas em tempo hábil, tendo como princípio o adequado preparo dessas pessoas e seus familiares para receber alta hospitalar.

Muito frequente têm sido as queixas dos clientes, famílias e cuidadores, quanto aos procedimentos adotados por médicos e enfermeiros no preparo da alta hospitalar de pessoas com lesões neurológicas incapacitantes, em particular quanto à sintomática falta de conhecimento sobre o assunto e pelas dificuldades desses profissionais para orientar e/ou encaminhá-los para programas de reabilitação referenciados[3]. O que sugere

mudanças de atitude desses profissionais, reconhecendo a necessidade de maior domínio de conhecimento sobre o acesso aos serviços de reabilitação disponíveis na comunidade, compatíveis com as necessidades dessa clientela, sob pena de se impor maiores complicações e limitações funcionais à essas pessoas.

Procurando minimizar as implicações das sequelas impostas a essas pessoas, bem como apresentar elementos norteadores para acesso da população aos programas de reabilitação física e sensorial disponíveis na comunidade, foi instituída a Portaria nº 793/2012[4], que dispõe sobre a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que a dualidade de liderança na gestão hospitalar, é composta de especialistas tanto por médicos como enfermeiros, que são tomadores de decisões que envolvem a dimensão administrativa, inclusive, no que diz respeito ao preparo dos clientes para a alta hospitalar. Contudo, essas lideranças tendem a se orientar pela lógica imediatista de sua formação profissional e são detentoras de poder tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, frequentemente, não tomam conhecimento do disponível em termos de serviços complementares de saúde extramuros hospitalares, resultando em altas sem a devida orientação dos clientes e seus familiares[5].

Nesse aspecto, o princípio da integralidade remete inexoravelmente à compreensão de que a integração de serviços por meio de redes assistenciais, é fundamental, a partir do reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de uma população [6].

Em se tratando da oferta de intervenções terapêuticas para atender essa demanda, deve-se recorrer à reabilitação, como área responsável por possibilitar à

pessoa o treino de novas habilidades que tornem possível o enfrentamento destes obstáculos cotidianos [7]. Nesse particular, reabilitar é tornar alguém novamente habilitado de algo que foi perdido e, para tanto, é fundamental o trabalho de uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissões das mais diversas áreas, capazes de dar conta de questões intersetoriais que se apresentem.

É preciso esclarecer que reabilitar não significa curar; implica em não fragmentar o indivíduo, transformá-lo em órgãos e funções em nome da racionalidade. A ciência não pode estar isenta da humanidade, no caso de reabilitação, deve investir na magnitude física, emocional e social das pessoas [8]. Nesse ponto, a reabilitação, enquanto serviço é um conjunto de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manutenção de sua saúde e bem estar, bem como de sua família e comunidade [9].

Do mesmo modo, destacar, que, a implantação da Gestão da Qualidade em hospitais requer o comprometimento de toda sua estrutura administrativa quanto às mudanças necessárias para tal iniciativa, pois são necessários esforços constantes para incorporar, em toda a equipe e níveis hierárquicos, os conceitos da busca de melhoria contínua[10].

Considerando as mudanças propostas pela Portaria nº 793/2012 [4] e as demandas a serem compartilhadas na gestão dos serviços de saúde, o objetivo deste estudo é identificar os critérios utilizados por médicos e enfermeiros para o preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante e indicação para acesso a programa de reabilitação física.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, abordagem qualitativa, realizado a luz do referencial teórico da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e da Rede

de Cuidados da Pessoa com Deficiência[4], com enfermeiros e médicos gestores de unidades de internação da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG. Unidade hospitalar de grande porte e referência na Zona da Mata Mineira.

Participaram deste estudo 13 enfermeiros e 12 médicos, que atuam em cargos de gestão, de unidades de urgência e emergência, de internação clínica, cirúrgica e de tratamento intensivo, dessa instituição hospitalar.

Os critérios de inclusão foram: atuar como gestor de unidade de internação da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, ser responsável pelo preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante, ser maior de 20 anos, concordar em participar e assinar o termo de comprometimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi no segundo semestre de 2014, realizada através de entrevistas baseada em roteiro semiestruturado, contendo perguntas fechadas para caracterização dos participantes, e perguntas abertas sobre como procedem na avaliação dos clientes com lesão neurológicas incapacitantes, preparando-os para alta hospitalar e respectivos encaminhamentos para setores da Atenção Básica e Programas de Reabilitação Física.

As entrevistas foram agendadas com antecedência, procurando conciliar os compromissos dos participantes e da pesquisadora, de forma a não haver imprevistos que as inviabilizassem. Realizadas na instituição hospitalar, em ambiente exclusivo, como medida preventiva a eventuais interrupções.

Utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, por meio dos passos: identificação dos núcleos temáticos (em resposta às perguntas: “Quais são os critérios que você utiliza para determinar alta hospitalar de clientes com sequela neurológica, traumatológica ou incapacitante?” e “Como você procede no preparo da alta desses clientes?”); seguido de classificação, interpretação e categorização dos resultados.

Da análise dos núcleos temáticos emergiram duas categorias: Critérios usados para alta dos clientes com sequelas neurológicas; e Preparo da alta e seus desdobramentos; seguidas das suas subcategorias: critérios exclusivamente médicos; compartilhamento com a equipe; participação da família e orientações para cuidados; e encaminhamentos aos serviços da atenção básica, respectivamente.

Buscando preservar o anonimato dos participantes nos recortes apresentados nas categorias, decidiu-se pelo uso do seguinte esquema: [Profissão e número de ordem], considerando as legendas ENF. (enfermeiro), MED. (médico).

Este estudo segue o determinado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde acerca dos princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, estando registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), parecer n° 724.614, protocolo aprovado em 21/07/2014.

RESULTADOS

Identificou-se 22 dos participantes do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 27 e 70 anos. Em relação à escolaridade, todoscursaram o ensino superior completo. O tempo de formados variou entre 2 e 45 anos, bem como o tempo de atuação no setor. Quanto ao tempo de atuação na instituição, variou entre 3 e 45 anos.

Para organização dos dados utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Critérios usados para alta dos clientes com sequelas neurológica; 2) Preparo da alta e seus desdobramentos; e suas subcategorias: Critérios exclusivamente médicos; e Compartilhamento com a equipe; Participação da família e orientações para cuidados; e Encaminhamentos aos serviços da atenção básica, conforme apresentadas na sequência.

Categoria 1 – Critérios usados para alta dos clientes com sequelas neurológicas

Quanto aos critérios usados para alta desses clientes, os participantes se mostraram ora objetivos na afirmativa de a mesma ser de exclusividade médica, porém, tanto médicos quanto enfermeiros também informaram que os critérios são compartilhados com a equipe, conforme destacado a seguir.

Critérios exclusivamente médicos

"Aqui quem determina a alta é o médico [...] pra alta hospitalar a gente se baseia também no Fugulin e no risco de queda para fazer as devidas orientações." (ENF. 2 – INT CIRURG)

"[...] quem faz esta avaliação para alta é o médico." (ENF. 4 – INT CIRURG)

"A capacidade funcional é avaliada do ponto de vista neurológico pela escala de Hankin e quando o paciente tem uma lesão medular pela escala da American Spinal Association (escala estabelecida pela Associação Americana de Lesões Medulares."(MED. 3 – INT CIRÚRG)

"Primeiramente a gente usa a escala de coma de Glasgow, se o pacientetem um Glasgow abaixo de 8, ele praticamente não tem chance de alta." (MED. 8 – UTI)

"A agente usa aquele questionário de atividade instrumental de vida diária e atividade de vida diária. A gente consegue com isso ter uma avaliação funcional muito boa do paciente, além das escalas próprias da neurologia, déficit motor, sensitiva são próprios da especialidade, da nossa função." (MED. 11 – INT CLÍNICA)

Compartilhamento com a equipe

"A gente tem até um sumário de alta que é multiprofissional, a gente preenche, se tem fisioterapias, oxigenioterapia... o medico, a nutrição e a enfermagem." (ENF. 7 – UTI)

"[...] o critério nos fazemos através do sumário de alta." (ENF. 8 – INT CLÍNICA)

"Realizamos visita diária no paciente fazemos uma classificação de acordo com o grau de dependência [...] se ele não estiver em condições nos vamos estar

entrando em contato com a equipe médica, com toda a equipe multidisciplinar para estar revendo [...] a gente entra em contato com o médico para ele estar reavaliando aí suspende-se até a alta." (ENF. 9 – INT CLÍNICA)

"Faço a evolução diária e avalio de acordo com o Fugulin." (ENF. 12 – INT CLÍNICA)

"Não implica apenas na decisão médica quanto ao seu quadro clínico, mas também uma questão multidisciplinar." (MED. 6 – UTI)

"[...] o nível de consciência deles e a estabilidade hemodinâmica, respiratória [...] a partir daí as necessidades de cuidados de enfermagem possíveis fora da UTI, suporte nutricional, parte de fisioterapia [...] a gente discute com as outras especialidades e prepara para alta." (MED. 7 – UTI)

"[...] compete a equipe assistencial, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, todos que estão participando do cuidado, a assistente social também, eles é que tem uma função primordial para tentar uma assistência continuada ao paciente pós alta. A gente tem noticias através do serviço social, da dificuldade que tem de encontrar solução para transferência e para local onde este paciente vai ter uma assistência adequada." (MED. 12 – INT CLÍNICA)

Categoria 2 – Preparo da alta e seus desdobramentos

Como pode ser observado através dos recortes abaixo, há predominância nas informações dos participantes deste estudo, de que o preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante deve, inevitavelmente, envolver pessoas da família, inclusive, com expressivo envolvimento de médicos e enfermeiros para encaminhamentos adequados aos serviços disponíveis na comunidade.

Participação da família e orientações para cuidados

"A gente comunica a família, avisa a família, explica todos os cuidados o quadro do paciente, o que ele vai necessitar, a dependência que está." (ENF. 3 – UTI)

"[...] eu procuro participar das visitas e tal para poder conhecer a famíliae envolver ela no cuidado que eu presto ao paciente. [...] busco mesmo este envolvimento enquanto está no hospital." (ENF. 6 – UTI)

É durante o período de internação deste paciente a participação da família é importante para que haja um conhecimento do grau de dependência deste paciente quais os cuidados poderão ser revezados. (ENF. 8 – INT CLÍNICA)

"[...] a todo momento que o paciente está internado a família tem que estar envolvida, porque não é só na hora da alta não tem que acompanhar, tem que se envolver." (ENF. 9 – INT CLÍNICA)

"Convoco a família e discuto o que pode ser feito em casa, se tiver condição suporteem domicilio eu encaminho para domicilio se não tiver eu convoco o serviço social do hospital." (MED. 3 – INT CIRÚRG)

"Geralmente a gente reúne as equipes multidisciplinares com os familiares. O próprio médico e a enfermagem, tudo isso para orientar em relação aos cuidados em domicilio." (MED. 8 – UTI)

"Eu procuro orientar a família no cuidado dos pacientes até o próprio paciente no cuidado [...] que eu entendo que possa limitar ou incapacitar o paciente [...] há uma tentativa que o próprio paciente tenha o autocuidado." (MED. 9 – INT CIRURG)

"[...] nós orientamos a família ensinamos a família como manipular, tiramos todas as dúvidas, chamamos mais alguém da família para não sobrecarregar uma pessoa só." (ENF. 13 – UTI)

Encaminhamentos aos serviços da atenção básica

"Todo paciente que está aqui é orientado na alta para um retorno ambulatorial, e ai vai r depender do quadro [...] encaminha até mesmo para uma UBS de referência..." (ENF. 2 – INT CIRURG)

"Quando um paciente que vai ter alta para casa, eu oriento os cuidadoresos familiares [...] e procurar normalmente procurar o serviço de cirurgia do PAM da Marechal." (MED. 1 – UTI)

"[...] orientando familiar e paciente sobre o direito que ele tem, a medicação quevai ser fornecida para ele pela rede do SUS [...] a gente informa esses cuidados para o familiar, para o cuidador, para o próprio paciente". (ENF 5 – INT CIRURG)

"Eu oriento a família a procurar o programa de saúde da família na UBS local, para que ela tenha o atendimento de um cuidador em casa [...] oriento a família

a procurar os direitos dela também,, se existe no bairro, na UBS, local cuidado para esse paciente." (MED. 4 – INT CLÍNICA)

"[...] tem que criar uma estrutura residencial e uma equipe multidisciplinar para os cuidados [...] há necessidade de adaptar as condições residenciais [...] tirar degraus, de aumentar o tamanho das portas, de tornar-se um piso antiderrapante, colocar barras em banheiros [...]preparo da alta para a família é adequar o ambiente para as pessoas que vão necessitar deste ambiente." (MED. 6 – UTI)

DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou identificar que tanto gestores médicos como enfermeiros compartilham da compreensão que a alta de clientes com lesão neurológica incapacitante deve ser da competência exclusiva do profissional médico (ENF. 2, ENF. 3, ENF. 4, MED. 4, MED. 5 e MED. 8), confirmando a equivocada hegemonia do saber médico como absoluto, inquestionável, contradizendo princípios da integralidade e da intersetorialidade em saúde [(11)].

Houve também quem relatasse optar pelo compartilhamento dos critérios de alta para esses clientes (ENF. 7, ENF. 8, ENF. 9, ENF. 12, MED. 6, MED. 7 E MED. 12), consultando demais membros da equipe sobre possíveis contribuições a serem agregadas ao processo de alta, o que demonstra haver evolução em termos de reconhecimento de que o conhecimento no setor saúde não se esgota em uma ou outra área específica.

Embora a literatura da área de saúde aborde que a liderança e as decisões nos espaços hospitalares esteja centrada na influência médico/enfermeiro [(5)], ficou constatada, inclusive, ampliação desse reconhecimento/entendimento para demais membros da equipe. Os participantes deste estudo, tanto médicos quanto enfermeiros declararam compartilhar os critérios para alta com a equipe, sinalizando sintonia com princípios da integralidade e da interdisciplinaridade.

Cabe destacar que, no contexto hospitalar, considerado como burocracia profissional, a inserção dos gerentes adquire contornos próprios. Nestas organizações, os profissionais do núcleo operacional (vinculados à área da saúde) controlam o próprio trabalho, bem como procuram controlar coletivamente as decisões mais amplas que os afetam [12].

Por isso, o imprescindível envolvimento de membros das famílias e cuidadores domiciliares no preparo da alta hospitalar de clientes com sequelas neurológicas deve ser priorizado. Entre os participantes deste estudo, predominou a informação de que envolvem a família e cuidadores no processo de alta hospitalar (ENF. 3, ENF. 6, ENF. 8, ENF. 9, ENF. 13, MED. 3, MED. 5, MED. 8 e MED. 9). Foi constatada, inclusive, preocupação de alguns participantes com os desdobramentos da alta com encaminhamento aos serviços/setores da Atenção Básica do SUS (ENF. 2, ENF. 5, MED. 1, MED. 4, MED. 6).

Nesse particular, o encaminhamento dessas pessoas para atendimentos complementares na Atenção Básica sugere ampliação da perspectiva dos gestores de saúde que atuam na rede hospitalar, prenúncios de ambiente favorável ao futuro sucesso da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (PcD). Cabendo aos membros dos Conselhos Intergestores Regionais (CIR) e demais gestores públicos das três esferas de governo, alocar recursos financeiros voltados para ampliar a disseminação dessa política pública, tanto na mídia como nos veículos de divulgação de informações sobre programas de saúde no âmbito do SUS.

É importante observar que, em reabilitação, o processo de tomada de decisão envolve vários passos [13]: obtenção de dados iniciais, determinação da natureza e gravidade dos problemas, predição de risco, estabelecimento dos objetivos da intervenção, desenvolvimento do programa e seleção de ações específicas, especificação

do melhor programa indicado e monitoramento, avaliação de resultados e alta, reintegração à comunidade, reavaliação e identificação da necessidade de nova intervenção com reinício do processo decisório ou final do programa de reabilitação.

Além disso, a reabilitação faz parte dos cuidados de enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio paciente/cuidador familiar [8,14].

Os gestores enfermeiros (ENF. 2 e ENF. 12) informaram que se baseiam no Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para estabelecer critério para alta dos clientes internados com quadros de lesão neurológica incapacitante. A propósito, o SCP, por meio da Resolução nº 293/04 [15], do Conselho Federal de Enfermagem, se constitui uma forma de determinar o grau de dependência de um cliente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente [16].

Ademais, o (SCP), proporciona, ainda, informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem.

É importante destacar que a Enfermagem cuida de clientes em reabilitação, tanto na fase aguda da doença ou patologia, como na fase crônica. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada cliente e família, dentre

as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais. A todo o momento, busca-se a independência do cliente em relação aos limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade [17].

Quanto aos critérios médicos, apenas um gestor médico (MED. 8) informou utilizar os parâmetros da Escala de Coma de Glasgow (ECG)[18] para determinar ou não a alta desses clientes, enquanto outro médico (MED. 3) relatou optar pelo uso da Escala de Rankin (ER)[19], da Associação Americana de Lesões Medulares, como instrumento de avaliação de clientes com lesão neurológica, mais especificamente de pessoas com lesão medular.

A respeito das escolhas anteriormente mencionadas, cabe esclarecer que os parâmetros da ECG constituem uma das variáveis que tem sido exaustivamente estudada para estimar o prognóstico de vítimas de trauma cranioencefálico contuso (TCEC) a médio e longo prazo. Pesquisas indicam que, entre os diversos instrumentos e variáveis estudados para indicar prognóstico de pacientes com lesões encefálicas, a ECG destaca-se para estimar a evolução dessas vítimas.

Por outro lado, sabe-se que a ER é dividida em seis graus, onde o grau zero corresponde aos indivíduos sem sintomas residuais ou incapacidade e o grau cinco aos indivíduos com incapacidade grave, restrito ao leito ou à cadeira, geralmente incontinente. Posteriormente, a escala foi modificada para acréscimo do grau seis, que corresponde à morte. A escala é de rápida e fácil aplicação e apresenta uma confiança inter-avaliação substancial, o que indica uma confiabilidade clinicamente satisfatória, não apresentando relatos de dificuldades para sua aplicação.

Importante observar a relevância desses parâmetros de avaliação para se definirem critérios de altas de pessoas com lesão neurológica, com vistas no encaminhamento adequado para programas de reabilitação. Nesse sentido, enquanto a

ECG se mostra mais adequada para clientes com histórico de trauma cranioencefálico contuso, a ER é também recomendada para avaliações de clientes com histórico de Acidente Vascular Cerebral.

Sabe-se que muitos fatores podem influenciar a qualidade de vida após o trauma, como a qualidade do atendimento oferecido pelo sistema de saúde, tipo e gravidade das lesões, número de intervenções cirúrgicas, grau de sequelas, dor, acesso à reabilitação e condição socioeconômica, entre outros. Dessa maneira, a avaliação da qualidade de vida pós-trauma pode refletir a condição do atendimento à saúde de uma determinada região, bem como identificar as necessidades de equipamentos e serviços institucionais para a reintegração psicossocial dos sobreviventes [20].

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que muito caminho há que percorrer para que os gestores hospitalares estejam antenados com as políticas públicas de saúde, extramuros institucionais, como a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, conforme detectado nos relatos dos participantes deste estudo.

Uma campanha de divulgação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, com maiores detalhamentos de suas implicações, responsabilidades, competências, mobilizando os diversos setores, unidades, programas e suas equipes, desde a Atenção Básica, a Urgência e Emergência, Unidades de Internação Hospitalar, é essencial.

Mudanças no ponto e vista e compreensão dos profissionais de saúde acerca da integralidade do cuidado, podem contribuir para que haja coerente poder de decisão, com maior compartilhamento das competências que impliquem em expectativas, riscos, saúde, recuperação e reabilitação dos clientes sob suas responsabilidades.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o tema e apresenta mais uma contribuição para que as lideranças profissionais que atuam na gestão hospitalar possam se orientar melhor na definição, preparo da alta de pessoas com lesão neurológica incapacitante, de modo a que o acesso aos programas de reabilitação ocorra de acordo com o delimitado na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência (BR),Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. [Internet]. Brasilia: DH-PR/SNPD; 2012 [citado 21 de dezembro de 2014]. 32 p. Recuperado de: http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/cartilhasdeficiente/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia.pdf

2. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.

3. Machado WCA, Alvarez AB, Teixeira MLO, Castelo Branco EM, Figueiredo NMA de. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. Rev. pesqui. cuid. fundam. [Internet] 2015. [citado 2015 jan. 10]: 7(1):1796-1 807. Disponível em: file:///C:/Users/willian%20machado/Downloads/3344-22595-2-PB.pdf

4. Ministério da Saúde (BR), Portaria n°. 793, de 24 de abril de 2012 Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, de2012; 25 abr. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

5. Vendamiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simoni FJ. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2010 [citado 2014 dez. 26]; 15(suppl.1): 1301-14 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700039&lng=pt&nrm=iso

6. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede.. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 [citado 2014 dez. 18]; 63(3): 459-63 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300018&lng=pt&nrm=iso

7. Silva GA da, Schoeller SD, Gelbcke FL, Carvalho ZMF de, Silva EMJP da. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2012 [citado 2014 dez. 15]; 21(4): 929-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso

8. Faro ACM e. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2006 [citado 2014 nov. 21]; 40(1): 128-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100019&lng=pt&nrm=iso

9. Lomonaco JFB, Cazeiro APM. Concepções de deficiência e reabilitação: um estudo exploratório com graduandos de Fisioterapia. *Psicol. esc. educ.* [Internet]. 2006 [citado 2014 nov.22]; 10(1): 83-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100008&lng=pt&nrm=iso

10. Alastico GP, Toledo JC de. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Gest. Prod.* [Internet]. 2013 [citado 2015 jan. 5]; 20(4): 815-31 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400005&lng=pt&nrm=iso

11. Machado WCA, Portes D, Berbert F, Santana C, Mattos Junior L, Mello PC. Transdisciplinaries strategies and the "medical act" in the health undergraduation students' comprehension.Exploratorystudy. Online braz j. nurs. [Internet]. 2007 [citado 2014 dez. 29];6(1): Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/560>. doi:http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2007560.

12. Weber L, Grisci CLI. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. *Cad. EBAPE.BR* [Internet]. 2010 [citado 2014 dez. 19]; 8(1): 53-70 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000100005&lng=pt&nrm=iso

13. Queiroz E, Araújo TCCF de. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2009 [citado 2014 nov. 16]; 19(43): 177-87 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200006&lng=pt&nrm=iso

14. Leite VBE, Faro ACrM e. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2005 [citado 2014 nov. 21]; 39(1): 92-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100012&lng=pt&nrm=iso

15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/04. [Internet] Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html

16. Santos F dos, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulinet al. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2007 [citado 2014 nov. 13]; 15(5): 980-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

17. Andrade LT de, Araújo EG de, Andrade KRP, Soares DM, Chianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 [citado 2014 nov. 9];63(6): 1056-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600029&lng=pt&nrm=iso

18. Setterval CHC, Sousa RMC de. Escala de coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma cranioencefálico. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2014 dez. 19]; 25(3):364-70 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300008&script=sci_arttext

19. Brito RG de, Lins LCRF, Almeida CDA, Neto ESR, Araújo DP de, Franco CIF. Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. Rev. Neurociênc. [Internet]. 2013 [citado 2014 dez. 20]; 21(4):593-9. Disponível em: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf

20. Alves ALA, Salim FM, Martinez EZ, Passos ADC, De Carlo MMRP, Scarpelini S. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. Rev. saúde pública. [Internet]. 2009 [citado 2014 nov. 21]; 43(1): 154-60. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000100020&lng=pt&nrm=iso

ANEXO - 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título: Papel do Gestor Hospitalar na Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste estudoé identificar como profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com seqüelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para caracterizar as implicações do **Papel do Gestor Hospitalar na Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde** – nos contornos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O

documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a alcançar os objetivos deste estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora – MG. Os pesquisadores possuem vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - – Mestrado Profissional sendo a mestranda Vera Maria da Silva a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato Vera Maria da Silva no telefone 32 3213 1645. ou e-mail silva.veramariadasilva@gmail.com..com, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 21 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:

_____
__

Endereço:

_____
___

Telefone:

_____
___

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

_____

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este (a) participante e, em minha opinião, ele (a) compreendeu as alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisadora):

Nome:_____
_

Data _____

ANEXO - 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PESQUISA: PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Mestranda: Vera Maria da Silva

Orientador: Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Participante: _____

Instituição: _____

Idade:_____ sexo: ( )F ( )M Profissão: _____

Tempo de formado: _____
Função:_____

Tempo de atuação no setor:_____

Tempo de atuação na instituição:_____

1 - O que você sabe sobre a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência - PcD?

2 - Como você avalia a capacidade funcional e o nível de dependência para cuidados básicos dos clientes com lesão neurológica antes da alta hospitalar?

3 - Quais são os critérios que você utiliza para determinar alta hospitalar de clientes com sequela neurológica, traumatológica ou incapacitante?

4 - Como se procede no preparo de alta para o cliente com sequela neurológica, traumatológica ou incapacitante?

5 - Caso o cliente tenha adquirido úlcera de pressão no período de internação, como você procede a orientação para atendimentos ambulatoriais ou na rede de cuidados da PcD?

6 - De que forma são envolvidos membros da família, profissionais da rede básica e equipes de reabilitação no preparo desses clientes para alta hospitalar?

7 - Há no seu setor planejamento para visita domiciliar ao ambiente antes da alta hospitalar do cliente com sequelas neurológicas,traumatológicas ou incapacitantes com vistas na identificação das condições de acessibilidade?

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Rio de janeiro, /

Santa Casa de Misericórdia/ Juiz de Fora/ Minas Gerais

Ilmo Sr. Diretor técnico ,

Dr. Geraldo Antonio de Souza,

Eu Vera Maria da silva, enfermeira COREN MG/19588, CI MG/334.869 venho por meio deste, na qualidade de mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de janeiro/Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, solicitar autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Papel do gestor hospitalar na implantação da rede de cuidados a pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde", sob a orientação do professor Dr. Wiliam César Alves Machado.

Este estudo (em anexo) terá como objetivos:

. Identificar como profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com seqüelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação.

. Descrever e analisar como interagem os profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar, com as demais esferas da rede de cuidados ás pessoas com deficiência.

A condução do estudo descritivo configura-se numa pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, exploratória. A pesquisa descritiva objetiva principalmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno, além do estabelecimento de relação entre as variáveis encontradas. (GIL, 2008). A abordagem qualitativa é um método que permite compreender o problema no meio em que ocorre, sem criar situações artificiais, que mascarem a realidade ou levem a interpretações equivocadas. (MINAYO, 2005)

A obtenção de dados ocorrerá pelas técnicas de entrevista individual e observação do participante durante a implementação da estratégia. Os participantes serão médico diretor técnico, enfermeiro responsável técnico, médicos e enfermeiros responsáveis por unidade de internação clinica, cirúrgica, urgência e emergência do hospital. Para a análise dos dados empíricos, devem ser seguidas as orientações de Minayo(2005).

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Justifica-se devido favorecer a reflexão acerca do papel do gestor hospitalar na rede de cuidados da pessoa com deficiência, em particular o que lhes cabe como elos entre as demais instâncias envolvidas para que a integralidade do cuidado e assistência à essas pessoas seja desenvolvida de forma a possibilitar acesso aos centros especializados em reabilitação. Quanto à relevância configura-se em um importante referencial para o planejamento em saúde. Riscos mínimos, sem despesa para instituição.

Será respeitada a resolução 466/2012 do conselho nacional de saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos em todos os seus aspectos. Cabe ressaltar que será concedido a cada participante desta pesquisa um Termo de Consentimento livre e Esclarecido, como forma de garantir o anonimato de todos que se dispuser a participar deste estudo. A exposição nominal da instituição ficará a critério da Comissão de Ética ou correspondente.

Apresento desde já meus sinceros agradecimentos pela colaboração.

Atenciosamente,

Vera Maria da Silva
Mestranda - UNIRIO

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado
Orientador – Professor – UNIRIO

Dr. Geraldo Antonio de Souza
Vice-Diretor Clínico
CRM MG 6089 - CPF 113.841.748-72

09-05-14

ANEXO - 4

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu Vera Maria da Silva, portador do RG nº MG 334.869 mestrando pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) assumo o compromisso com a instituição Santa Casa de Misericórdia de juiz de Fora, estabelecimento de saúde do município de JF, inscrita no CNES sob o nº....., subordinada administrativamente a ....., a realizar a pesquisa sob o título (Provisório) de: **".Papel do Gestor hospitalar na implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde.....".** A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo, sob a orientação do Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado, representará uma contribuição para o melhor norteamento das atividades desenvolvidas pela equipe profissional da instituição, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da assistência prestada pelos profissionais que nela atuam.

Ressalto ainda que a pesquisa estará consoante com os preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação prévia do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro,..06....de ...maio..... de 2014....

Vera Maria da Silva

Pesquisador

ANEXO - 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
Pesquisador: VERA MARIA DA SILVA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 30570214.2.0000.5285
Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 724.614
Data da Relatoria: 21/07/2014

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo, descritivo, com abordagem qualitativa, a ser realizado em um Hospital Universitário de Médio porte localizado no município de Juiz de Fora- MG, através de uma pesquisa exploratória, voltada para identificar como profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por unidades de internação hospitalar procedem no preparo de alta das pessoas com sequelas neurológicas, traumatológicas ou ortopédicas, dependentes de ingresso em programas de reabilitação. Os sujeitos do estudo serão médicos e enfermeiros responsáveis técnicos de unidades de internação clínica e cirúrgica de Hospital localizado na cidade de Juiz de Fora, Santa Casa de Misericórdia. O Instrumento de coleta de dados será roteiro de entrevista semi-estruturada em três partes, quais sejam, dados de identificação do hospital e da unidade de internação da Santa Casa de Juiz de Fora- MG.A coleta de dados será mediante entrevistas gravadas, após a permissão dos sujeitos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de 10 de agosto e 2014 a 10 de setembro e 2014,com 20 médicos e 20 enfermeiros, que atuam em cargos de chefia e responsabilidade técnica, nos serviços de internação e ambulatorial da Santa Casa de Juiz de Fora-MG.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Identificar como profissionais médicos e enfermeiros responsáveis por

Endereço: Av Pasteur, 296
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep unirio09@gmail com

Anexo 6 – Carta de aceite para submissão de artigo

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

RGE Revista Gaúcha de Enfermagem

Escola de Enfermagem

A T E S T A D O

Atestamos para os devidos fins que o artigo **"Critérios utilizados por médicos e enfermeiros para alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante"**, de autoria de Vera Maria da Silva, Wiliam César Alves Machado, foi submetido e está em fase de avaliação. Ao nono dia do mês novembro de 2015. (09/11/2015).

Lucas Galhardo dos Santos
UFRGS/EEnf - n.238660
Lucas Galhardo dos Santos
Secretário RGE

ANEXO 7 – PRODUTO ACADÊMICO

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE CUIDADOS NO MUNICÍPIO JUIZ DE FORA

RESUMO:

Objetivo: Elaborar proposta de fluxograma para encaminhamento de pessoa com lesão neurológica incapacitante atendida na atenção hospitalar de urgência e emergência, para pontos de atenção da rede de cuidados da pessoa com deficiência de Juiz de Fora/MG. **Método:** Estudo observacional, de caso institucional, realizado em Hospital de grande porte, referência regional no atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência da Zona da Mata Mineira, com base na discussão aprofundada dos dados coletados com gestores hospitalares, participantes na pesquisa de mestrado profissional intitulada *"Papel do gestor hospitalar na implantação da rede de cuidados a pessoa com deficiência no âmbito da zona da mata mineira".* Utilizou-se estratégia de sensibilização e motivacional desses profissionais para a importância da construção de instrutivo norteador do fluxo de clientes com lesão neurológica incapacitante, de forma a facilitar acesso aos Centros Especializados de Reabilitação – CER, de acordo com o delimitado na Portaria 793/2012. Dinâmicas de grupo devidamente registradas em diário de campo facilitaram as definições dos desdobramentos do fluxograma. **Resultados:** Identificou-se a necessidade de definição ordenada dos fluxos dessa clientela para os pontos de atenção da rede. De acordo com o entendimento dos gestores hospitalares, a alta dos clientes com lesão neurológica incapacitante, deve ser criteriosamente analisada com aval de todos os membros da equipe, envolvendo membros das famílias no processo de orientação para o cuidado domiciliar. A visita domiciliar também foi recomendada, como forma de identificar possíveis dificuldades em termos de barreiras arquitetônicas que comprometem a qualidade do cuidado para esses clientes. Ficou evidenciada a imperativa necessidade de que pessoas com lesão neurológica incapacitante sejam encaminhadas para pontos de atenção da Atenção Básica, a partir da qual demais encaminhamentos, de acordo com o perfil dos déficits e comprometimentos funcionais a ser avaliados e tratados em Programas Especializados de Reabilitação Física, disponíveis na Rede. **Conclusão e aplicabilidade:** O fluxograma apresenta-se oportuno por atender ao que determina a atual Política Nacional de Saúde da Pessoa com

Deficiência, cuja Portaria 793/2012, que cria a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, chama atenção para a premência da articulação dos serviços de Urgência e Emergência Hospitalar, com os pontos de atenção da rede, promovendo acesso dessas pessoas aos Centros Especializados de Reabilitação, credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Sua aplicabilidade depende de maior divulgação e compartilhamento das nuances da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, no sentido de cada vez mais envolver gestores públicos e privados no compromisso de promover o acesso cada vez mais precoce dessas pessoas aos programas de reabilitação, para que sejam encurtados caminhos e etapas com ganhos funcionais que as torne autônomas para as atividades cotidianas e autocuidado.

Palavras Chave: Gestão Hospitalar. Centros de Reabilitação. Alta Hospitalar. Atenção Básica de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil 2010,p.7) caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar em resposta as questões complexas que correspondem a atenção e saúde desta clientela, a partir da inclusão social estabelecida em reabilitar a PcD na sua capacidade funcional para desempenho humano e prevenção de agravos.

Esclarece ainda que para que isto aconteça deve haver uma conjugação de esforços a serem implementados solidariamente nas três esferas de gestão e parcerias interinstitucionais cumprindo as diretrizes do SUS quanto *à promoção de qualidade de vida, prevenção de deficiência, a atenção integral a saúde, melhoria dos mecanismos de informação, capacidade de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços*. (BRASIL, 2010)

A rede de atenção à saúde é definida, no documento Resolução CD49.R22 da Organização Pan Americana de saúde (OPAS) , como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (BRASIL,2011)

O Ministério da saúde através da Portaria 793 de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do sistema Único de Saúde que visa ampliar a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência

temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).(BRASIL,2012)

A referida portaria especifica inúmeras diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados á Pessoa com Deficiência, destas destacamos a que cita garantia de acesso:"*garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica disciplinar*."

Acesso compreende o atendimento as necessidades dos usuários com deficiência na abrangência de urgência e emergência por meio dos serviços de atendimento móvel e respectiva centrais de regulação, unidades de pronto atendimento (UPA) incluindo porta de entrada hospitalares, classificação de riscos, procedimentos diagnósticos, encaminhamentos e acompanhamentos pós-alta hospitalar para casos de maior complexidade e/ou maior tempo de permanência. (BRASIL, 2012 b)

Esta diretriz justifica-se por ser o objetivo deste protocolo incluir socialmente a pessoa com deficiência o que significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade contemporânea. (BRASIL, 2012)

Um dos maiores desafios do SUS é assegurar a inclusão social da PcD garantindo seu acesso. Os protocolos mais que uma normalização de conduta é um instrumento eficaz, um imperativo ético que torna mais transparente e mais ágil o processo de tomada de decisão, facilita a disseminar as boas práticas assegurando à população assistida o acesso através de condutas seguras e efetivas com objetivo de garantir as seguranças das ações e qualidade de serviços. (BRASIL, 2010)

Na gestão pela qualidade total os protocolos tem itens de controle definidos possibilitando informações seguras da qualidade e quantidade dos serviços sendo portanto, imprescindíveis no planejamento, organização, coordenação e avaliação da atenção à saúde. (BRASIL, 2010a)

Os protocolos de organização dos serviços são instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais.

São referências para a organização das diversas ações da(s) equipe(s) em uma unidade de saúde. Exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha,

como organizam para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação. E também, que sejam feitas as pactuações necessárias e as divisões de tarefas e responsabilidades, o que exige dinamismo através de um processo de avaliação periódica, sobre o desempenho dos envolvidos.

Portanto a elaboração de um protocolo/fluxograma de encaminhamento hospitalar da Santa Casa de Misericórdia ao serviço das Redes Assistenciais em Saúde (RAS) e APS (NASF) de Juiz de Fora se justifica, pois o estudo identificou que apesar de sutil, existem pontos da Rede de Saúde no município de Juiz de Fora, porém não há interação entre as equipes assim como falta elo de comunicação eficaz entre os gestores, de forma a assegurar a qualidade e integralidade à PcD.

Fato importante, que outro estudo faz o diagnóstico de baixa resolubilidade quanto ao atendimento das Redes Assistenciais em Saúde, no referido município atribuindo tal fato a falta de número suficiente de funcionários na APS caracterizando tal modalidade como fundamental, reconhecida pela gestão como um dos eixos prioritários de organização da rede assistencial. (JUIZ DE FORA,2014,p.43)

O presente protocolo considerando a magnitude, transcendência, vulnerabilidade, condicionantes e determinantes do problema, sugere promoção de estabelecimento de fluxos, favorecendo relações, elos, constituindo o eixo articulador/integrador o que implica em continuidade e integralidade do cuidar e assistir a PcD. Desta forma, possibilita uma prestação de serviços em reabilitação/habilitação entre as APS e a Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência aqui representada pelo hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, conforme preconiza a Portaria MS/GM nº 793/2012, respeitando os princípios do SUS.

Importante esclarecer que, Juiz de Fora (MG) se situa entre as Serras da Mantiqueira e Serra do Mar. A Zona da Mata Mineira faz limite com o Sul Fluminense, população 516.247 habitantes (IBGE/censo2010 e estimativa/IBGE/2013 para 545.942 habitantes, extensão territorial de 1.437kMc, densidade demográfica, 359,59 hab./kMc com modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de saúde, cuja região administrativa do sudeste do Estado de Minas Gerais, Mesoregião da Zona da Mata Mineira, Microregião 065 - Juiz de Fora. (JUIZ DE FORA, 2014, p.1)

O Pólo Assistencial da Macroregião Sudeste (Plano Diretor de regionalização/MG), composta de oito microrregiões, abrange noventa e quatro municípios. Pólo microrregional Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim, constituído por vinte e cinco municípios. Referência em procedimento de Média e Alta Complexidade

para cerca de cento e sessenta municípios. Limites do território em solo mineiro: limita-se ao norte, com Ewbank da Câmara e Santos Dumont; a nordeste, Piau e Coronel Pacheco; a leste Chácara; a Sudeste, Pequeri e Santana do Deserto; ao sul, Matias Barbosa e Belmiro Braga; a sudoeste, Santa Bárbara do Monte Verde; a oeste, Lima Duarte e Pedro Teixeira; a noroeste, Bias Fortes e Santos Dumont e ainda faz limite a sudeste com o Sul Fluminense. (JUIZ DE FORA, 2014, p.1)

A proximidade com o Sul Fluminense e outros fatores influenciam a vinda de usuários residentes em municípios das regiões Centro-Sul e Médio Paraíba – Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro (PDR/RJ), pólos no Estado do Rio de Janeiro – em busca de assistência de média e alta complexidade. (SANTOS, 2014, p.49)

De acordo com Santos (2010, p.49) o município de Juiz de Fora (MG) foi habilitado na modalidade de gestão plena do sistema municipal de saúde pela NOAS 01/02 (JUIZ DE FORA, 2010).

Porém, ressalta a secretaria de saúde da prefeitura de Juiz de Fora (2014, p.32) que os Indicadores serão revistos oportunamente para validação e homologação do Pacto pela Saúde de Transição 2013-2015 pactuação realizada entre os três entes federados, com interveniência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, considerando o Decreto nº 7.508/11, a Resolução nº 4 da CIT/2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite a cerca da responsabilidade sanitária para fins de transição dos processos operacionais do Pacto pela Saúde.

Conforme o Plano Anual de Saúde do município Juiz de Fora pertence à Região Administrativa do Sudeste do Estado de Minas Gerais; Mesorregião da Zona da Mata Mineira; Microrregião 065 (JUIZ DE FORA, 2010).

O PRD/MG estabelece Juiz de Fora como pólo micro e macrorregional. No PDR/MG, o município pólo microrregional é o município de maior densidade populacional na microrregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de média densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 150.000 habitantes; que exerce força de atração sobre outros municípios; e atende o elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares da atenção secundária. (MALAQUIAS; LELES; PINTO, 2010, p. 86)

Assim, pretende-se que a sistemática do novo contrato a ser implantado, e a Resolução n° 5 da CIB/2013, que busca fortalecer o Planejamento do SUS e à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, e que

dispõe sobre as regras do processo de pactuação, diretrizes, objetivos, metas e indicadores constem em documentos de gestão, monitorando as três esferas.

Após análise situacional, com levantamento de problemas e entraves existentes, propõem estratégias e ações para seu enfrentamento. Estas ações perpassam por uma leitura globalizada e destacam que o fluxo de relações na Rede de Assistência à Saúde, que devem passar por uma reestruturação organizacional/operacional no sentido intersetoriais, entendendo que este sistema de saúde não é estático, transformando-se em Redes poliárquicas de atenção à saúde.

Nesse conceito a APS devem adquirir maior dinamismo, tornando-se o centro de comunicação das Redes Assistenciais em Saúde- RAS- que implica em integralidade e continuidade (JUIZ DE FORA , 2014, p. 44-58)

A Atenção Primaria à Saúde (APS) sobretudo através da ESP constitui em eixo articulador/mobilizador da Rede sendo esta uma das principais estratégias da Prefeitura e Secretaria de Saúde de Juiz de Fora.

Esta secretaria busca alterar a ótica hierárquica de seu organograma para propiciar a conformação da estrutura de saúde em rede a partir da distribuição das UAPS em regiões sanitárias bem delimitadas, fortalecendo a APS e suas interfaces com as diversas Unidades de Atenção, tanto secundária/terciária.

Quanto à atenção de média e alta complexidade organizar o fluxo de atendimento à demanda referenciada.Acreditamos que neste contexto os resultados identificados no estudo referindo-se ao componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência contidos na seção III da Portaria GM/MS nº 793/2012, são oportunos para sugerir o fluxograma local.

Inclusive transcrevemos a fala como: “dado preocupante” do assessor do Núcleo de Atendimento Especial à Pessoa com Deficiência da Secretaria de Assistência Social (SAS) da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, referindo-se aos últimos dados fornecidos pelo censo IBGE/2010 quanto ao aumento do número de PcD permanente no município, acrescentando que não mediria esforços para reverter este quadro. (BRASIL, 2010a; UFJF,2012)

Portanto estabelecer parcerias e organizar o fluxograma são diretrizes e estratégias apresentadas pela secretaria de saúde da prefeitura de Juiz de Fora para o período de 2014-2017, redefinindo territorialização melhorando o diagnóstico de baixa resolutividade nos casos de média complexidade. Há previsão de parcerias a serem

firmadas oportunamente com Hospital Santa Casa de Misericórdia (campo do referido estudo) Hospital regional Dr. João Penido e outros. (JUIZ DE FORA,2014,p.54)

Interesse este de integrar estas equipes, que foi sinalizado á partir de reuniões com o gestor hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, equipe multidisciplinar e coordenação da unidade de terapia intensiva neonatal do hospital ao conhecerem os resultados identificados pelo estudo que foi caracterizado como excelente por estes profissionais assim como entendem que deva encaminhar e somar esforços com demais gestores no município.

Sendo assim, é promissora elaboração de um fluxograma/protocolo de encaminhamento hospitalar, da Santa Casa de Misericórdia, estabelecido a partir de parcerias, ao serviço das Redes Assistenciais em Saúde (RAS) (NASF) de Juiz de Fora.

O que justifica pois uma vez que foi estabelecido o diagnóstico de baixa resolubilidade pela referida Secretaria de Assistência Social (SAS) para o serviço de média/alta complexidade o presente protocolo estabeleceria o fluxo de relações promovendo elos, constituindo o eixo articulador/integrador o que implica em integralidade e continuidade, possibilitando uma prestação de serviços em reabilitação/habilitação entre as RAS e a Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência aqui representada pelo hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, conforme a Portaria MS/GM nº 793/2012, respeitando os princípios do SUS.

2 TERMINOLOGIAS

Esta definição quanto à deficiência de acordo com o Ministério da Saúde serve para nortear o que pretende sobre implantação do protocolo no município de Juiz de Fora, sendo que o entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. (BRASIL, 2010)

Outro importante aporte foi a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), em 2001, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, ao invés de valorizar as incapacidades e limitações. CIF, definida “como mensuração e formulação de políticas para a saúde e incapacidade”. Oferece uma linguagem padrão e uma estrutura para a descrição da

saúde e dos estados relacionados à saúde," do sexo e dos fatores sociais e culturais) (BRASIL,2013i)

Segundo o documento base orientador para gestores do Ministério da Saúde-Humaniza SUS (2010a, p.65) define habilitar como tornar hábil no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. Reabilitar, o "re" constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar o que era. Esclarecendo que há sempre possibilidade na saúde de estar habilitando um novo sujeito para uma realidade nova no aspecto biopsicossocial. Existe o sentido da volta de uma capacidade legal pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos o "re" se aplica.

3 METODOLOGIA

Estudo observacional, de caso institucional, realizado em Hospital de grande porte, referência regional no atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência da Zona da Mata Mineira, com base na discussão aprofundada dos dados coletados com gestores hospitalares, participantes na pesquisa de mestrado profissional intitulada *"Papel do gestor hospitalar na implantação da rede de cuidados a pessoa com deficiência no âmbito da zona da mata mineira".* Utilizou-se estratégia de sensibilização e motivacional desses profissionais para a importância da construção de instrutivo norteador do fluxo de clientes com lesão neurológica incapacitante, de forma a facilitar acesso aos Centros Especializados de Reabilitação – CER, de acordo com o delimitado na Portaria 793/2012. Dinâmicas de grupo devidamente registradas em diário de campo facilitaram as definições dos desdobramentos do fluxograma.

A fundamentação decorre de estudos acerca do papel do gestor hospitalar na implantação da Rede de Cuidados á Pessoa com Deficiência no âmbito da Zona da Mata Mineira, desenvolvimento de pesquisa de mestrado no Programa de Pós –Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, pelos pressupostos da prática em saúde baseado em evidências científicas[1].

O estudo identificou apesar de sutil, que existem pontos de atenção evidenciando a Rede de Cuidados em Saúde, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Embora não haja operacionalização institucionalizada no sentido de promover

[1]Derivadas da expressão," medicina baseada em evidência",são as informações da literatura geradas pelas pesquisas clínicas de boa qualidade para orientar o profissional de saúde no processo de tomada de decisão.(Rev Latino – am Enfermagem 2003 janeiro; 11(1):115 – 8)

uma assistência e cuidado continuado ao cliente portador de lesão neurológica incapacitante pós-alta hospitalar com indicação de reabilitação, assim como sugeri não haver promoção de elos entre o gestor hospitalar com as pessoas das demais instâncias que compõe esta rede, conforme proposto pela Portaria GM/MS nº 793/2012. Quando há prática baseada em evidências científicas (PBE) para a proposição de um protocolo organizacional para os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em pontos de rede, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, os níveis de atenção e com outras instituições sociais.

Vale reiterar que os Centros Especializados em Reabilitação o (CER) são um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. (PORTARIA 793/2012; subseção II art.19)

As Redes de Assistência à Saúde RAS, de acordo com a Portaria GM nº 4.279/2010, são: ”Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010c).

Portanto para alcançar o objetivo do estudo estes pontos de rede precisam estar articulados entre si, acarretando o assistir e o cuidar continuado promovendo a qualidade, integralidade e a inclusão social da PcD. Desta forma, cumprindo um princípio da Política Nacional de Humanização – SUS (PNH) o protagonismo remete a idéia que” de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos.(BRASIL, 2010, p.65)

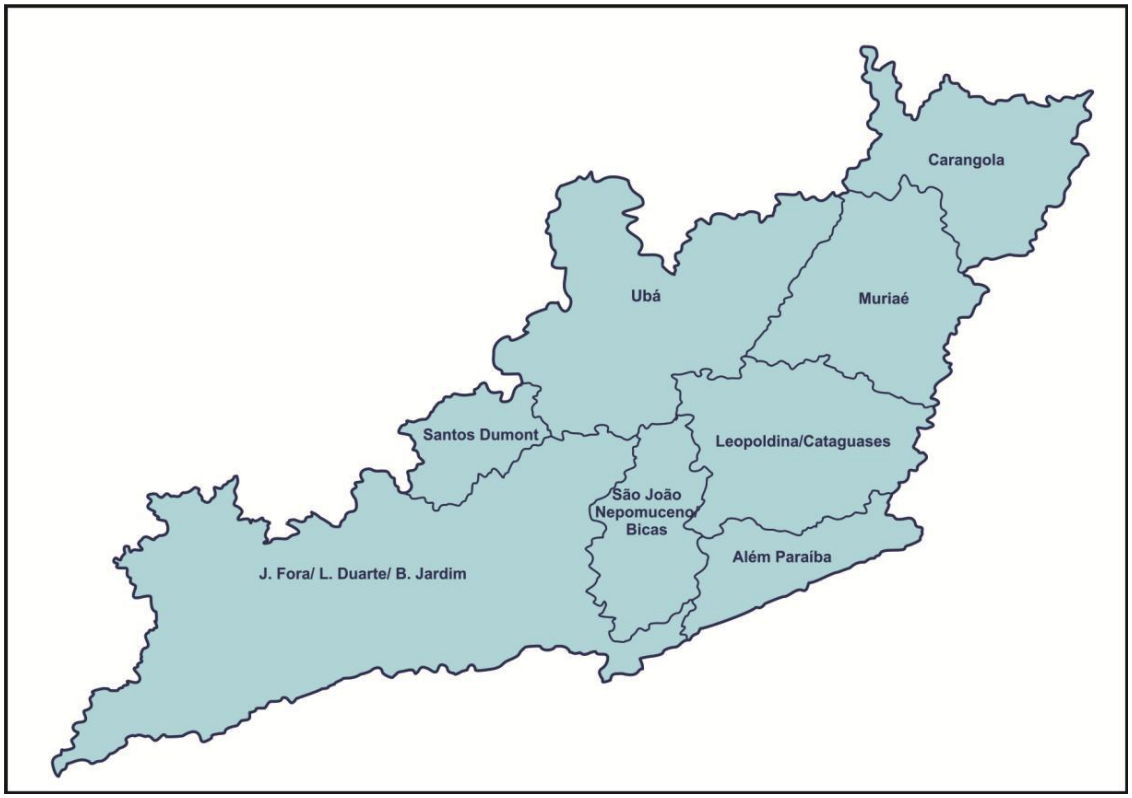
Este estudo está consoante com o determinado pela Resolução nº 466/2012 do CNS pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Registrado no CEP – UNIRIO, devidamente aprovado pelo Parecer nº 830.338, protocolo aprovado em 22/07/2014. (BRASIL, 2012a)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Juiz de Fora (MG) foi habilitado na modalidade de gestão plena do Sistema Municipal de Saúde pela NOAS 01/02 (JUIZ DE FORA, 2010). Esta modalidade propiciou ao município receber recursos financeiros, de forma regular e automática, fundo a fundo, para a assistência primária, especializada, ambulatorial e hospitalar. Foi designado como município-polo, devendo suprir a atenção de média e

alta complexidade da macrorregião e microrregião (BRASIL, 2002); (SANTOS,2010,p. 46).

Figura 1- Mapa de Microrregião de Saúde de Juiz de Fora



Fonte: Souza, Irene Duarte,(2012,p.52 Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora

Portanto, compreendemos que a reabiltação/habilitação do cliente portador de lesão neurológica incapacitante enquadra-se nos respectivos níveis de atenção, podendo ser melhor avaliado e reestruturado no município conforme perspectiva da Secretaria de Assistência Social (SAS) da Prefeitura Municipal, conforme consta o planejamento da saúde em Minas Gerais foi realizado de maneira regionalizada, e este direcionamento foi também seguido na elaboração deste Plano de Saúde de Juiz de Fora.

Desta forma atende a Portaria 793/2012 que Institui a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde na subseção II, dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) no § 3º diz: O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção Saúde. (BRASIL, 2012)

E a Portaria GM/MS nº 841/2012, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que no seu parágrafo único diz está estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado. Sendo que os regramentos correspondem a cada ação e serviço de saúde, com codificações expressas na RENASES. (BRASIL, 2012b)

Deverá ser observado o padrão, princípios, critérios e requisitos para elaboração de relações de ações e serviços complementares. Estes serão fornecidos de acordo com os regramentos do SUS, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS, estão dispostas no artigo 6º.(BRASIL, 2012b)

No artigo 7º da RENASES p.7 estes regramentos correspondem a cada ação ou serviço de saúde codificados. Compreendemos que a elaboração fluxograma/ protocolo hospitalar para os pontos de Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no município de Juiz de Fora enquadra-se nos níveis: II (ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS). III –(ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação): provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde). IV- (ação ou serviço com exigência de habilitação). Esclarecendo que este serviço de acesso o usuário não pode realizar procura direta. (BRASIL, 2012b)

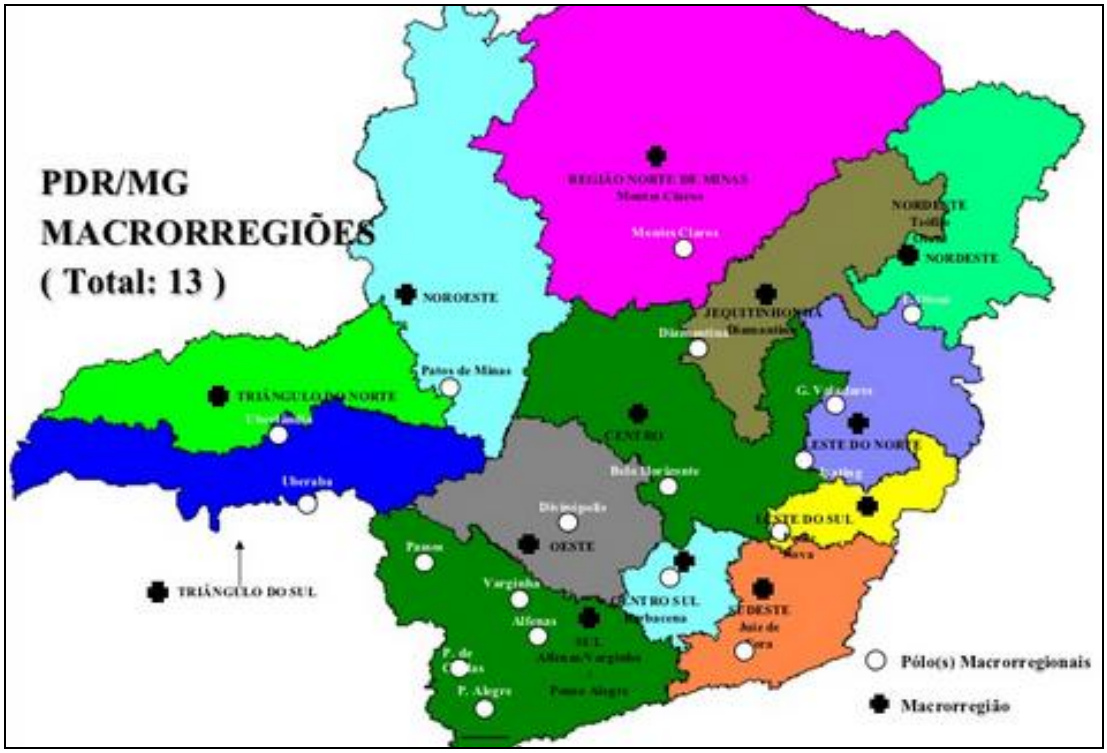
Neste contexto o presente fluxograma deverá encaminhar o cliente portador de lesão neurológica incapacitante mediante relatório dos gestores médicos, enfermeiros com pós-avaliação e preparo de alta destacando as necessidades afetadas e limitações codificadas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF- (OMS, 2001) com autorização prévia da AB que , visa subsidiar as normativas internas e rotinaspara sistematização de encaminhamento da Rede Hospitalar de Atenção Urgência e Emergência para Rede de Cuidados á Pessoa com Deficiência no município de Juiz de Fora.

A caracterização deste tem finalidade de promover a prevenção, integração e reintegração da pessoa com deficiência, através de técnica, métodos e programas adequados conforme Portaria GM/MS 793/2012.

Sendo um fluxograma que atende uma unidade de caráter público conveniado com o SUS, no encaminhamento á partir do componente da Atenção hospitalar de

Urgência Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, de forma gratuita para todos os pacientes sempre em observância as regras do SUS.

Figura 2- Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais



Fonte: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora- MG

5. Parâmetros de financiamento e Cobertura Assistêncial

A NOB 01/91, editada ainda pela presidência do Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS), dispunha sobre a transferência de recursos para estados e municípios, por meio de convênios, considerando estes entes federativos como prestadores de serviços (BRASIL, 1991). A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993b), extinguiu o INAMPS, transferiu para estados e municípios atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis e estabeleceu que os recursos de custeio dos serviços fossem repassados do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde (SANTOS, 2010, p.45).

Para pensar em elaborar um protocolo de encaminhamento hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante para atendimento na rede de Cuidados à

Pessoa com Deficiência referendada pelo SUS, é preciso discutir o caminho do cliente pelo sistema se faz necessário explanar os níveis de atenção.

5.1 Responsabilidades da Atenção Primária á Saúde – Regramentos (R)

Ações ou serviços que compreendem este nível de atenção para a pessoa com Deficiência (PcD) estão descritas RENASES(R. com os CÓD. Critérios regramento de acesso;(1- e 2 p.9): Promoção, prevenção, identificação precoce de doenças e outras condições relacionadas as deficiências físicas, auditivas, intelectuais e visuais devem ser realizadas junto a comunidade. Assim como encaminhamento para serviços especializados de reabilitação/habilitação quando necessários,com orientações básicas informativas e educativas á família.Identificar os recursos da comunitários com objetivo de favorecer o processo inclusão social plena , promover acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de alta e média complexidade. (BRASIL, 2012b)

De acordo Humaniza SUS a atenção Básica, o contato preferencial dos usuários deve ser Atenção Básica(AB) a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde. Indispensável que ela se oriente pelos princípios da universalidade, acessibilidade, da integralidade do cuidado proporcionada pela integração da atenção, vínculos e continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade, participação social. (BRASIL, 2012c)

A Atenção Básica na função de ordenadora e coordenadora nos sistemas de saúde organizados em rede avançou em uma AB acolhedora e resolutiva de acordo com PNAB, devido á nova política de articulação do SUS, como ampliação de ações intersetorias e de promoção da saúde. (BRASIL, 2012d)

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS".(BRASIL, 2012c)

E Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, resolve:

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e a Rede de Atenção à Saúde, a partir do Plano de Ação Regional,

conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (BRASIL, 2011a)

Art. 5º A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes: I - ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação; III - ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; IV - estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Fundamentalmente que haja uma interlocução entre as redes de Reabilitação, os NASF, UBS integrando todos a uma rede de assistência ambulatorial e hospitalar, através de uma eficiente comunicação com ações de promoção prevenção de agravos, reabilitação/habilitação.

I- Promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

II- Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, esses entendidos como espaços onde são ofertados alguns serviços de saúde, cumprindo os mesmos objetivos da rede de atenção a partir da Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência organiza-se através dos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A Portaria 793/2012 determina no seu artigo 8º a articulação dos pontos de atenção à saúde da PcD que deve compreender; I – elaboração do desenho municipal da Rde de Cuidados à Pessoa com Deficiência; II – contratualização dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;III- instituição do Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em cada Município que compõe o

CIR e no Distrito Federal, com apoio institucional da Secretaria de saúde estadual ou distrital. (BRASIL, 2012)

5.2 Responsabilidade da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Abrange procedimentos, diagnósticos, terapêuticos, clínico, cirúrgico, assistência homoterápica, inclui hospital dia, reabilitação e preparo para alta.

Entre estas ações e serviços compreendem, cirurgias em politraumatizado, do sistema osteomuscular, internações de longa permanência, dispensação de órteses e próteses e materiais especiais, tratamento intensivo, todos com seus CÓD do critério ou regramento de acesso. (BRASIL,2012e p.30)

Quanto a este componente a Portaria 793/2012, em seu artigo 22 atribui ao gestor hospitalar a responsabilidade pelo acolhimento, classificação e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência, devendo instituir equipes de referência em reabilitação em portas, vinculadas as ações pré-deficiência, ampliar acesso regulado e qualificar atenção à saúde para pessoas com deficiências em hospitais de reabilitação.

6 –Ponto de Atenção da Rede de Cuidados á Pessoa com Deficiência

Pontos de Atenção a Saúde são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Considera-se que estes pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracteriza (BRASIL,2010).

Neste contexto, há estrutura física do governo federal – o Departamento das Clínicas Especializadas (DCE), conhecido como Pan Marechal assim citado por participante da pesquisa, quando se refere a encaminhar cliente com lesão incapacitante de alta para continuidade dos cuidados quanto a tratamento de úlcera por pressão, ou ainda chamado de INPS pelos usuários – e grande número de profissionais especializados. Este é, até os dias atuais, o maior centro de assistência de média complexidade da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Conta com laboratório, consultórios de diferentes especialidades médicas e realiza pequenas cirurgias ambulatoriais (JUIZ DE FORA, 2010).

Quanto ao Departamento de Atenção Pré-hospitalar e de Internação Domiciliar de Juiz de Fora pertence a Subsecretaria de Urgência e Emergência e está localizado no

HPS. Foi citado pelos participantes da pesquisa como elo de encaminhamento é conhecido por Departamento de Internação Domiciliar (DID) e fornece equipamentos como: aspiradores de secreção traqueal, cama hospitalar, Bilevel Positive Pressure Airway (BIPAP), etc. Segundo o Decreto Municipal n. 9.747, de 01 de janeiro de 2009 (JUIZ DE FORA, 2009), em seu Art. 27, o Departamento tem por finalidade realizar ações que viabilizem a política de atenção pré-hospitalar e a internação domiciliar do município.

Tem como ações básicas: [...] executar as políticas de atenção pré-hospitalar do Município e promover a desospitalização dos pacientes de baixa e média complexidade e fora de possibilidade terapêutica,

Oferecer assistência domiciliar com os recursos necessários para o restabelecimento de sua saúde; [...]

Executar o pronto atendimento da atenção pré-hospitalar e garantir assistência domiciliar com equipe multiprofissional, propiciando humanização do atendimento e melhor qualidade de vida da área de abrangência do SUS no Município; [...]

Prestar atendimento de remoções a pacientes, para internação, em via pública, no Município, através do Sistema Resgate; [...]

Prestar atendimento de remoções a pacientes, para internação, exames e atendimento fora de domicílio, excetuando atendimentos em vias públicas; [...]

Treinar, orientar e acompanhar responsáveis para prosseguir no atendimento ao paciente e oferecer recursos humanos e materiais que garantam a permanência dos pacientes no domicílio, sem interrupção do tratamento, evitando novas internações;

[...] trabalhar em parceria com as unidades de internação hospitalar e com as Unidades de Atenção Primária em Saúde - UAPS, para assegurar os suportes necessários à continuidade do tratamento e da assistência domiciliar. (JUIZ DE FORA, 2010) (SANTOS, 2010,p.78)

Núcleo de Atendimento Especial à Pessoa com Deficiência- NAEPD, este núcleo está localizado á Rua São Sebastião no centro de Juiz de fora, pertence à Secretaria de Assistência Social/JF (SAS/JF) da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) possuem os carros de apoio, destinadas ao transporte de cidadãos com deficiência que vivem em locais onde o ônibus urbano adaptado não tem acesso. Há cerca de 15 mil cidadãos com deficiência, cadastrados no núcleo e, no ano de 2011, dos 71 requerimentos de transporte, 54% foram atendidos (JUIZ DE FORA, 2010).

Desta forma atende a Portaria 793/2012 que Institui a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde na subseção II, dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) no § 3º diz: O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção Saúde.

Quanto à organização a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora busca alterar a ótica hierárquica de seu organograma para propiciar a conformação da estrutura de saúde em rede a partir da distribuição das UAPS em regiões sanitárias bem delimitadas, fortalecendo a APS e suas interfaces com as diversas Unidades de Atenção, tanto secundária/terciária quanto com a urgência e emergência.

7. Portas de entrada e as responsabilidades correspondentes a cada nível de atenção.

Conforme Santos (2010) as portas de entrada dos usuários no sistema municipal de saúde de Juiz de Fora poderiam ser as Unidades de Atenção Primárias à Saúde (UAPS) e serviços de urgência e emergência. Pelo diagnóstico situacional do Plano Anual (JUIZ DE FORA, 2010), a rede de APS no município é constituída por 57 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS): 42 na área urbana e 15 na área do campo. Das 57 UAPSs, 38 têm implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF), que implementou a Atenção Primária em Saúde, gradativamente, desde 1995, no município (JUIZ DE FORA, 2010)

A partir do Decreto de nº 7.508/2001, as regiões de saúde ganharam maior relevância, bem como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP e as comissões intergestores (para definição das regras da gestão compartilhada do SUS); as portas de entrada, o mapeamento da saúde; a rede de atenção à saúde (para garantir a integralidade da assistência da assistência à saúde); os serviços especiais de acesso aberto (serviços de saúde específicos para atendimento de pessoa, em razão de agravo ou de situação laboral); os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, entre tantas outras recomendações. (JUIZ DE FORA, 2010)

O atendimento hospitalar de média complexidade é propiciado por hospitais conveniados no SUS, nas especialidades de clinica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, sendo que o município esta pactuado com cerca de 135 municípios de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES.

Utiliza-se o sistema SUS fácil, através da Central de Vagas do Município e Central de Marcação – Macrorregional/MG. Cerca de 17 microrregiões de saúde estão pactuadas com o Município de Juiz de Fora para o atendimento hospitalar de alta complexidade. Transplante de órgãos, tecidos e células, prestados ao municipios são considerados procedimentos estratégicos, financiado pelo Fundo de Ações Estratégias e Compensação – FAEC .

Cerca de 1872, leitos conveniados pelo SUS atendem o município, incluindo, cirúrgicos, clínicos, UTI/Adulto e Neonatal, Hospital Dia/AIDS, outros(crônico, tisiologia, psiquiatria). (SANTOS, 2014, p.67)

Promover o acolhimento garantindo o acesso humanizado e o atendimento qualificado ao paciente com lesão neurológica e incapacitante, através de um acesso protocolar favorecendo redução de risco, reconhecendo os instrumentos de gestão como condutores da Política de Saúde pactuada, promovendo a qualidade, é a sugestão. Cabe ainda observar que inserida no contexto de gestão hospitalar a auditoria é uma importante ferramenta utilizada para avaliar qualidade de serviço prestado e segundo o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) auditoria é um processo sistemático para se comparar até que ponto uma determinada intervenção atingiu os objetivos pretendidos ou desejáveis. (BRASIL, 2005)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência organiza-se através dos seguintes componentes: Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, intelectual, Visual, ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e emergência e para alcançar os objetivos específicos da mesma seus pontos devem estar articulados entre si, assegurando assim a integralidade, o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio. (BRASIL, 2012).

As RAS assumem as responsabilidades econômicas e sanitárias junto à população descrita, vinculada a APS e gera valor para a população. O valor da atenção à saúde pode se expressar na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

Buscando atender a integralidade as Redes de Atenção de Saúde possuem aspectos comuns como interdependência, autonomia, confiança, cooperação, relações relativamente estáveis. Nesta perspectiva elas são propostas para lidar com projetos complexos de gestão e atenção em saúde, inteirando-se com diferentes agentes e sociedade civil organizada, visando prioritariamente a promoção da saúde. (BRASIL, 2010c).

Desta forma verifica- se que ao PSF compete ações em âmbito particular e pontual, como orientações de como realizar o cuidado, assistência à saúde, apoio físico e emocional aos cuidadores cabe também incluir ações que contemple os princípios fundamentais do SUS, possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dessa população.

Para ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS, o Ministério da Saúde (2008) acaba de ampliar o leque de serviços oferecidos aos usuários da Atenção Básica. Além dos profissionais que já vêm prestando atendimento nas Unidades Básicas de saúde/Saúde da família a partir de agora, e contando com a decisão dos gestores locais, outros profissionais que trabalham com a promoção e prevenção da saúde também estarão ao acesso da população.

A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, instituiu a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) atendendo a uma das maiores reivindicações dos profissionais da saúde da família; a inserção de áreas co-relatas às atividades dos profissionais da Atenção Básica. (BRASIL, 2008)

Através do Decreto (nº 3.298, de 20/12//1999), que assegura quanto a co-responsabilidade da UBS /SF/e NASF a observância da Política Nacional da Pessoa com Deficiência que define deficiência como "parte ou expressão de uma condição de saúde ", não indicando necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente e o trabalho deve ser focado no processo de reabilitação, inclusão social por meio de vários dispositivos. (BRASIL, 1999)

A responsabilização compartilhada entre as ESF e as equipe NASF, na comunidade prevê a revisão da prática de encaminhamento com base nos processos de referencia e contra referencia ampliando para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

Segundo dados do DATASUS em Juiz de Fora (MG) a cobertura populacional pela ESF em 2011 é de 50,48%.

Segundo o Plano Anual, a cobertura total do município pela APS é de 79%, ou seja, 38 UAPS com ESF cobrem aproximadamente 50% da população e 19 UAPS tradicionais cobrem cerca de 29% consequentemente, estima-se uma população descoberta de aproximadamente 20%. Porém, segundo o plano, esta cobertura é baseada

nos dados populacionais de abrangência das unidades, logo, “na prática” observa-se que a população descoberta é bem maior. (JUIZ DE FORA, 2010)

Outro aspecto que se revela fundamental de acordo com o Ministério da Saúde é que o cliente com lesão incapacitante tenha o atendimento em Rede próxima ao seu domicílio, sendo-lhe assegurado atendimento na Rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidade médicas (MACHADO et al., 2012)

Atenção Primária à Saúde – APS foi eleita pelo nível central da gestão como um dos eixos prioritários de organização da rede assistencial, daí ter-se feito uma análise situacional mais aprofundada desse nível de atenção em Juiz de Fora, com o levantamento dos problemas e entraves existentes, bem como as estratégias e ações apontadas para o seu enfretamento nos próximos quatro anos.

As ações propostas perpassam por uma releitura globalizada do ato de planejar e intervir, pela reestruturação organizacional e operacional e o fortalecimento da Atenção Primária a fim de garantir a integralidade do cuidado. A partir do entendimento que esse sistema de saúde não é estático, nem sobreposto, passa-se a concebê-lo numa estrutura funcional e operacional no fluxo de relações intersetoriais, adquirindo um maior dinamismo, conformando-se em redes poliárquicas de atenção à saúde. Nesse conceito, a Atenção Primária torna-se, pois, o centro de comunicação das redes assistenciais.

Quadro 1: apresenta as Unidades de Atenção Primária à Saúde que atendem o Município de Juiz de Fora, com as respectivas ESF.

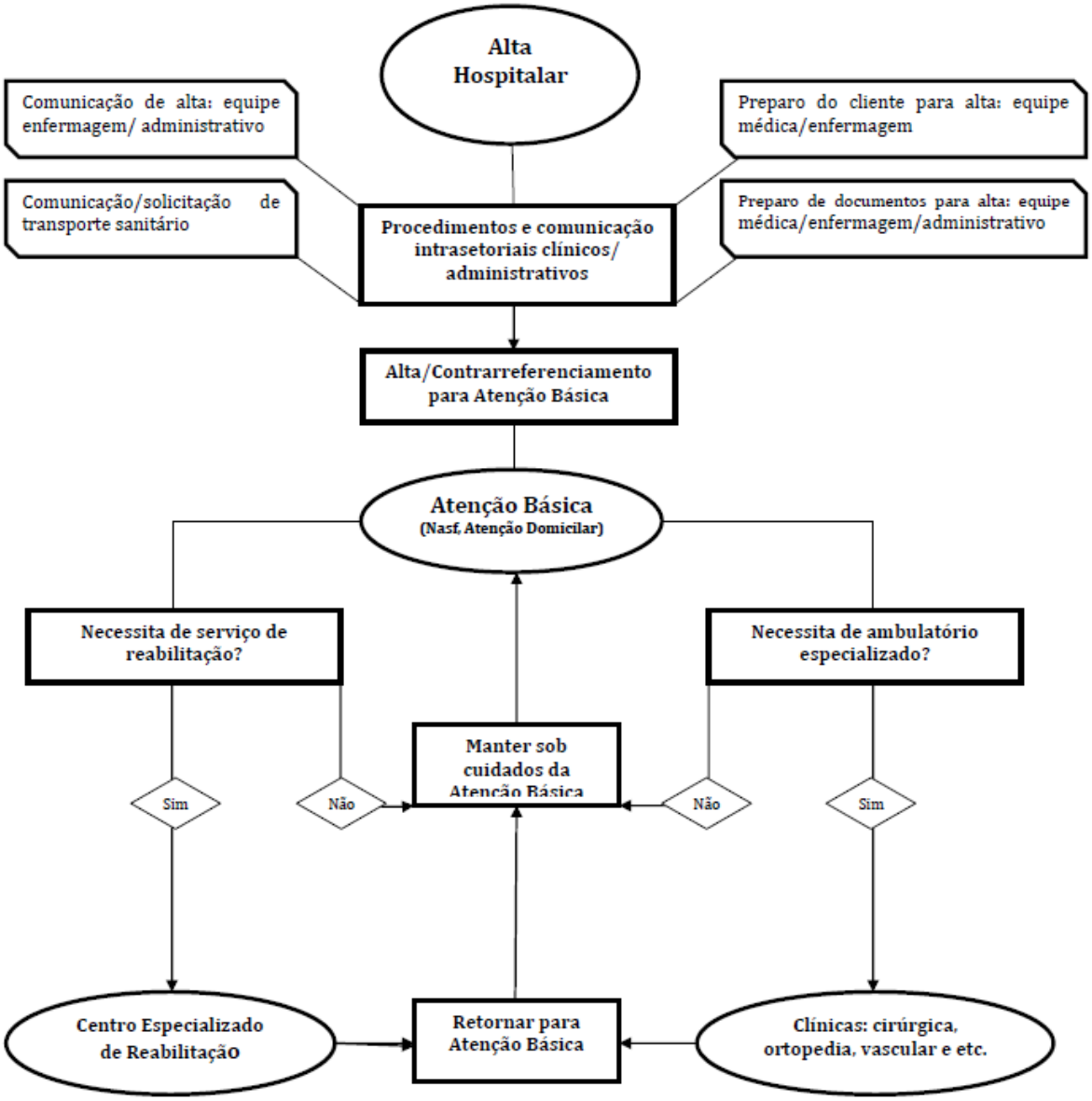
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
Região Sanitária	**UAPS**	**POPULAÇÃO**	**Nº EQUIPES**
Região 7 - Norte/Noroeste	Esplanada (T)	7586	1
	Monte Castelo (ESF)	10770	3
	Industrial (T)	6711	1
	Jardim Natal (ESF)	6779	2
	Milho Branco (ESF)	8481	3
	Joquei Clube I (ESF)	7788	2
	Joquei Clube II (ESF)	7266	2
	Cidade do Sol (ESF)	5094	2
TOTAL	**8**	**60475**	**16**
Região 8 - Norte	Nova Era (ESF)	9338	3
	São Judas Tadeu (ESF)	6240	2
	Santa Cruz (ESF)	10733	4
	Benfica(T)	18325	1
	Vila Esperança (ESF)	8550	3
	Barreira do Triunfo (ESF)	3577	1
TOTAL	**6**	**56763**	**14**
Região 5- Nordeste	Nossa Senhora das Graças (T)	21430	1
	Bandeirantes (ESF)	9023	3
TOTAL	**2**	**30453**	**4**
Região 6 - Nordeste	Parque Guarani (ESF)	3186	1
	Filgueiras (ESF)		2
	Granjas Bethânia (ESF)	3561	1
	Grama (T)	8790	1
TOTAL	**4**	**15537**	**5**
Região 3 - Leste	Linhares (ESF)	13378	5
	São Sebastião (ESF)	8179	3
	São Benedito (ESF)	8911	3
TOTAL	**3**	**30468**	**11**
Região 4 - Leste	Santa Rita (ESF)	4813	2
	Marumbi (ESF)	9027	3
	Progresso (ESF)	9247	3
	Nossa Senhora Aparecida (ESF)	6423	2
	Alto Grajaú (ESF)	7373	2
TOTAL	**5**	**36883**	**12**

Fonte: Prefeitura de Juiz de Fora , 2014

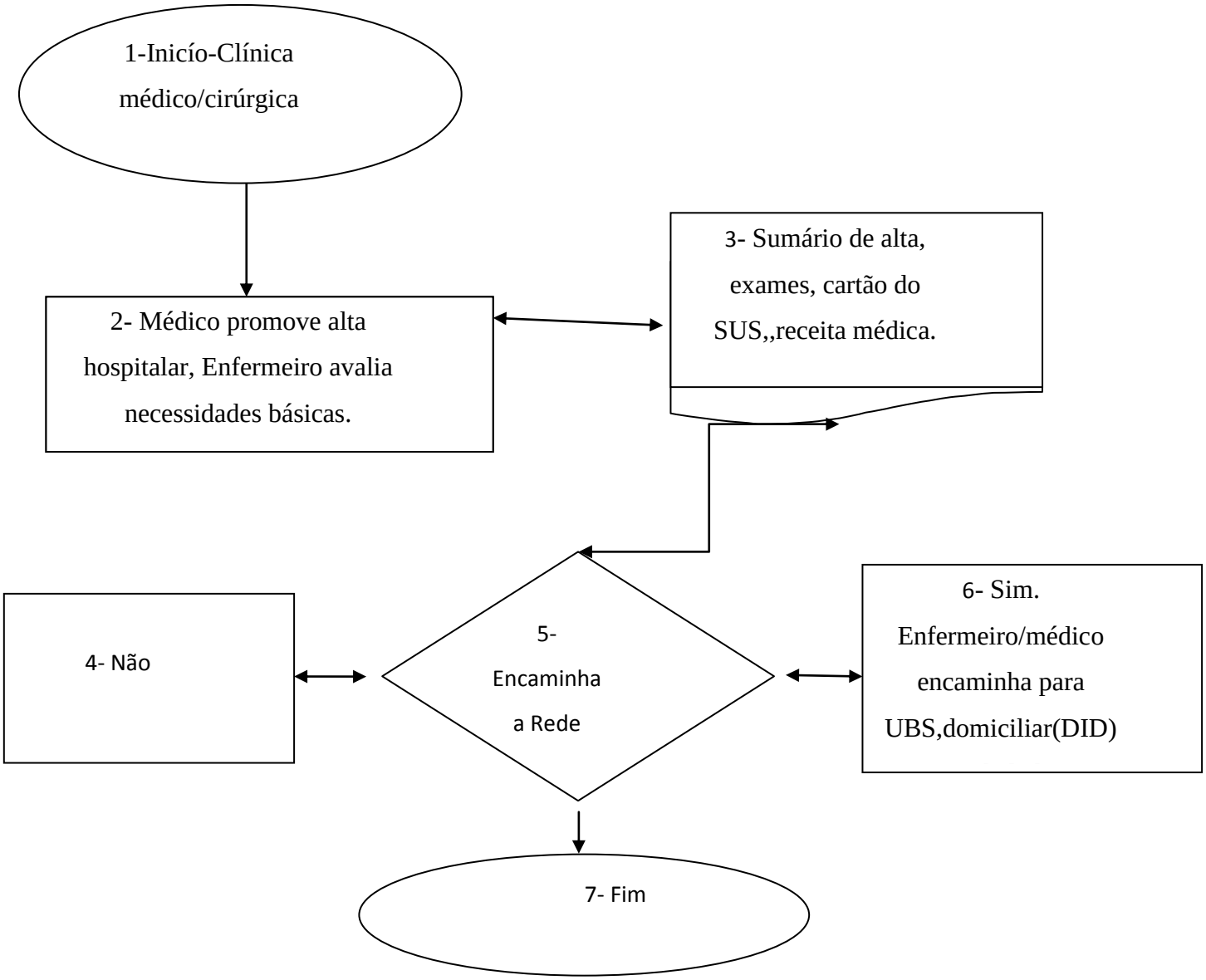
	Região - Centro/Sul	Centro Sul (T)	37666	1
		Dom Bosco (T)	13560	1
		Santa Cecília (ESF)	9326	3
	TOTAL	**3**	**60552**	**5**
	Região 9 - Oeste	Santos Dumont (MISTA)	15825	1
		São Pedro (PACS)	24627	1
		Borboleta (T)	9698	1
	TOTAL	**3**	**50150**	**3**
	Região 11 - Sul	Cruzeiro do Sul (T)	6565	1
		Santa Luzia (ESF)	14743	4
		Santa Efigênia (ESF)	8422	2
		Vale Verde (ESF)	7372	3
		Ipiranga (T)	15033	1
		Teixeiras (ESF)	10595	3
	TOTAL	**6**	**62730**	**14**
	Região - Sudeste	Retiro (ESF)	5526	2
		Jardim Esperança (ESF)	5389	2
	TOTAL	**2**	**10915**	**4**
	Região 2 - Sudeste	Santo Antonio (ESF)	9276	3
		Bairro de Lourdes (T)	9368	1
		Jardim da Lua (ESF)	3564	1
	TOTAL	**3**	**22208**	**5**
	Região 12 - Sudeste	Vila Ideal (ESF)	6072	2
		Vila Olavo Costa (ESF)	3108	1
		Furtado de Menezes (ESF)	6666	2
	TOTAL	**3**	**15846**	**5**
	Região do Campo	Paula Lima (T)	1536	1
		Chapéu D´Uvas(T)	716	1
		Dias Tavares(T)	767	1
		Igrejinha (ESF)	2499	1
		Humaitá (ESF)	2257	1
		Penido (T)	522	1
		Valadares (T)	1052	1
		Rosário de Minas (T)	865	1
		Toledos (T)	437	1
		Torreões (ESF)		1
		Pirapitinga (ESF)	2474	1
		Sarandira (T)	472	1
		Caeté (T)	726	1
		Jacutinga (Volante)	1309	1
	TOTAL	**14**	**15632**	**14**
TOTAL GERAL	ESF	39	**265026**	**88**
	TRADICIONAL	22		22
	MISTA	1	15825	1
	PACS	1	24627	1
	TOTAL	**62**	**468612**	**112**

Fonte: Prefeitura de Juiz de Fora, 2014

REPESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE CUIDADOS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.



VERSÃO COMPACTA DO FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO MICRO ESPAÇO HOSPITALAR REALIZADO POR GESTORES PARA PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE CUIDADOS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.



CONCLUSÃO

Há dificuldade de encontrar protocolos organizados em quadros ou fluxogramas e algoritmos de serviços públicos mais complexos elaborados de normativas municipais.

Entretanto, salientamos que estes são importantes porque podem ajudar, definir, padronizar revisar as ações de organização de serviços em Redes de Cuidados,

atendendo problemas de graus variados de complexidade, cujo objetivo é favorecer a inclusão social das pessoas com deficiência.

Este protocolo possui direcionamento político e contempla promoção e prevenção na dimensão do cuidado e integralidade da PcD e comunidade na área de reabilitação. Também pretende contribuir a partir de incorporação de evidencias científicas, na integração de pontos de Redes de Cuidados a Saúde existentes no Município de juiz de Fora, Minas Gerais, intervindo em problemas e necessidades desta clientela e gestão deste serviço.

A proposta deste pode ser ampliada pelo protagonismo dos profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Associação Brasileira de Enfermagem. Lei Nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 de junho de 1986, Seção I, fls. 9.273 a 9.275.

_____. Ministério da Saúde . Portaria n°. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). MS; 2010c.Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 de Julho 2011 GM/MS.Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no sistema Único de Saúde(SUS)Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html acesso em 24 de out.2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de *Acreditação Hospitalar* / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed.rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf acesso em 30 set. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise deSituação em Saúde.Saúde Brasil 2005 : uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005

_____. Ministério da Saúde Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da família.Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.298, d 20 dezembro de 1999. Regulamenta a lei nº 7.853, de 24de out. de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência , consolida as normas de proteção,e dá outras providências.

_____. HumanizaSUS(2012c): Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. (4ed). Brasília: Ministério da saúde.

Disponível: bvsms.saude.gov.br/.../humanizasus_documento_gestores_trabalhadores. Acesso em 12 jun 2014.

_____.Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde(SUS).(2010)

Disponível em http//bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 12 jun 2014.

_____.(2012d) Política Nacional de Atenção Básica.Brasília:Ministério da saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/pnab.pd. Acesso em 12 jun

2014.

_____. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 a Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde .(2012). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/br/bvs/saudedelegis/gm/2012/prt0793_24_2012_.html. Acesso em 12 jun 2014.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. DOU nº 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013, Seção 1. 59.

_____. (2012b). Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Ministério da saúde. RENASES, 1ª versão. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/RENASES%20-%Lista%202012.pdf. Acesso em 12 jun 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da presidência da República . Avanços das políticas Públicas para as pessoas com Deficiência- Uma análise a partir das Conferencias Nacionais – Brasília: Ministério da saúde, 2013

_____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº. 8.080/90. 1º. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____.(2012c) Portaria GM nº. 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Versão revisada 2014. Brasília. Disponível em http//portalsaude.saude.gov.br/imagens/pdf/2014/junho/05/instrutivo-Reabilitação-Rede-PCD-SAIPS-01-06-14-FT.pdf . Acesso em 12 jun 2014

_____. Portarianº. 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)MG. Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Juiz de Fora, Comissão do conselho Municipal de Saúde e Elaboração do plano de saúde 2014-2017, Biênio 2013-2015.

_____ Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Brasília: 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Rede de Atenção à Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais Estudo de caso Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 5. Brasília-DF 2011

MACHADO, Wiliam César Alves, FIGUEIREDO,Nébia Maria Almeida de et al. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. In: Tratado de Cuidados de Enfermagem..1 ed.SÃO PAULO : EDITORA ROCA, 2012, v.2, p. 2502-2539.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MAGALHÃES, Júnior H. M. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada de urgência e emergência. In: Melo MCB, Vasconcellos MC (Orgs.). Manual de Atenção às Urgências e Emergências em Pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas GM Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf acesso em 18 de out. 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, SECRETARIA DE SAÚDE, COMISSÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE 2014-2017 – p. 88 Biênio -2013-2015. Disponível em: file:///F:/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf Acesso em 3/02/2015. Acesso em 12 jun 2014.

_____. *Decreto*nº*9747*de 1º de janeiro de *2009*. Estrutura do Poder Executivo do Município de *Juiz de Fora,* fixa princípios e diretrizes de gestão e dá outras providências. Departamento do Hospital *Municipal* de Urgência e Emergência.

Disponível:https://www.google.com.br/search?q=Juiz+de+fora+,+2009+Decreto+Municipal+9747&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=rhUsVreBMsarwgTp2pvQBg acesso em 24 out.2015

SANTOS et al, Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros, Ciência &Saúde Coletiva,19(3):967,2010

SOUZA, Irene Duarte. Integralidade da Assistência: a narrativa de usuários egressos de Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde / Irene Duarte Souza. – 2012. 300 f.: il. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de 2012. 1. Atenção integral. 2. Narrativa. 3. Sistema Único de Saúde)Artigo

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais:

um estudo de caso. **Saudesoc.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 361-373, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100361&lng=en&nrm=iso>.access on 24 Oct. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028.

UFJF. Laboratório de demografia e estudos populacionais da Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF.abril , 2012. On-line.Disponível: http://.ufjf.br/.../um-terço-dos-habitantes-de-juiz-de-fora-e-de-outras-cida. Acesso em 12 jun 2014