



ARTIGO ORIGINAL

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: DESAFIO PARA OS GESTORES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

STROKE: CHALLENGE FOR MANAGERS IN THE HEALTH CARE NETWORK

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: RETO PARA LOS GESTORES EN LA RED DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Camila Pinno¹
Jucelaine Arend Birrer²
Ana Paula Flores Colpo³
Andréia Claro Tavares⁴
Fernanda Vianna Schmitt⁵
Aline Amaral dos Santos⁶

Doi: 10.5902/2179769213768

RESUMO: Objetivo: identificar a rede de atenção à saúde dos usuários acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratória. Definiram-se como sujeitos da pesquisa seis gestores atuantes em serviços públicos de saúde do município em estudo. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2013, deu-se por meio de entrevista semiestruturada e os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** foram definidas duas categorias não *a priori*: Redes de Atenção à Saúde e Integralidade da Assistência. **Conclusão:** os achados demonstram a não utilização de ferramentas ou dispositivos para a efetivação da linha de cuidado ao usuário acometido por AVE decorrente do desconhecimento dos processos de trabalho por parte dos gestores, levando a fragmentação da assistência e a gestão não compartilhada.

Descritores: Acidente vascular cerebral; Integralidade em saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT: Objective: to identify the healthcare network for users affected by stroke in a city in the central region of Rio Grande do Sul/Brazil. **Method:** qualitative, exploratory research. The subjects of the study were six managers of public services of health care of the city. The data collection was conducted between October and December of 2013 through semi-structured interviews. The data were analyzed by Thematic Content Analysis. **Results:** two categories, which were not *a priori*, were defined: Health Care Networks and Comprehensive Care. **Conclusion:** the findings demonstrate that the tools or devices to the effective care of users affected by stroke are not utilized due to managers' lack of knowledge on the work processes, leading to the fragmentation of care and to the non-shared management.

Descriptors: Stroke; Integrity in health; Health management.

¹ Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS) - Brasil. E-mail: pinnocamila@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Administração. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS) - Brasil. E-mail: juarend@ibest.com.br

³ Terapeuta Ocupacional. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS) - Brasil. E-mail: ana.colpo@hotmail.com

⁴ Assistente Social. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS) - Brasil. E-mail: deiatavaredo@yahoo.com.br

⁵ Fisioterapeuta. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS) - Brasil. E-mail: fernandavs@gmail.com

⁶ Cirurgiã-dentista. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS) - Brasil. E-mail: aline.am@hotmail.com

RESUMEN: *Objetivo:* identificar la red de atención a la salud de usuarios víctimas de accidente cerebrovascular en una ciudad de la región central del estado de Rio Grande do Sul (Brasil). *Método:* investigación cualitativa, exploratória. Se definieron como sujetos del estudio seis gestores que actúan en servicios públicos de salud de la ciudad en estudio. La colecta de datos se realizó en el período de octubre a diciembre de 2013, mediante entrevista semiestructurada. Los datos se analizaron mediante Análisis de Contenido temático. *Resultados:* fueron definidas dos categorías no a priori: Redes de Atención a la Salud e Integralidad de la Asistencia. *Conclusión:* los resultados demuestran la no utilización de herramientas o dispositivos para la efectivación de la línea de cuidado al usuario acometido por ACV debido al desconocimiento de los procesos de trabajo por parte de los gestores, llevando a una fragmentación de la asistencia y la gestión no compartida.

Descriptor: *Accidente cerebrovascular; Integralidad em salud; Gestão em salud.*

INTRODUÇÃO

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pela sociedade ao longo do tempo modificam as maneiras como os sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. As principais alterações da sociedade são a urbanização acelerada, aumento do tabagismo e sedentarismo, aumento progressivo da expectativa de vida, mudança no padrão alimentar, entre outros fatores que modificam a vida das pessoas, alterando seus padrões de vida e de adoecimento.¹

Devido às características da transição demográfica e epidemiológica brasileiras, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram predominantes e constituem um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.²⁻³ Se não gerenciadas adequadamente, podem tornar-se uma epidemia, demandando tecnologias pesadas e altos investimentos em pesquisa, vigilância, promoção e prevenção, da saúde em defesa de uma vida saudável.

Apesar da tendência de redução dos riscos de mortalidade por Doenças Crônicas Vasculares (DCV) no país e no mundo, algumas projeções indicam o aumento de sua importância relativa em países de baixa e média renda. A maior longevidade, associada ao possível aumento da incidência das DCV por adoção dos modos de vida com maior exposição a fatores de risco, são consideradas as principais razões deste acréscimo. Estimando como principais fatores de risco a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo, que consequentemente aumentam os níveis de hipertensão e colesterol.¹⁻² Associado a estes fatores, o Brasil, em relação a todos os países da América Latina, apresenta as maiores taxas de mortalidade por Acidente Vascular Encefálico (AVE).⁴

Nessa perspectiva, o atual modelo de atenção à saúde ainda é fundamentado em ações curativas, caracterizado pelo modelo hegemônico e estruturado em ações e serviços de saúde organizados a partir da oferta. Esse modelo se mostra insuficiente para atender, de maneira integral, às demandas e necessidades da população.^{3,5}

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção constitui-se um problema para os serviços, envolvendo, em sua resolutividade, estratégias que abrangem um sistema universal, integral, articulado e fortalecendo a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs).^{3,5}

A construção de redes tornou-se uma estratégia indispensável, que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento do processo saúde/doença, no caso deste estudo, relacionado aos agravos de AVE.

O cuidado, diante de tal agravo, prioriza o encadeamento de ações conjuntas e aponta a necessidade de integração dos gestores, agregando tecnologias orientadas e preparadas para a abordagem dos processos de adoecimento em longo prazo e de

causalidade complexa, nas quais se articulam diferentes fatores individuais, coletivos, sociopolíticos, culturais, históricos e econômicos.³

Esses agravantes confirmam a necessidade de políticas que possam estar integradas nos diversos níveis de assistência, possibilitando incorporar à prática de saúde cuidados aos sujeitos acometidos por esse tipo de agravo, instigando um processo de cuidar que transcenda o contexto hospitalar, trabalhando de maneira articulada e organizando a rede de atenção pactuada entre todos os níveis de atenção localizados naquele território.

Busca-se com este estudo o desenvolvimento de ações que despertem o comprometimento de gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivar seu processo de organização, redirecionando o cuidado integral por meio das RASs no contexto dos usuários de AVE. Nesse sentido, coloca-se a questão norteadora deste estudo: como se configura a rede de atenção à saúde dos usuários acometidos por AVE em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil? Tem-se como objetivo identificar a rede de atenção à saúde dos usuários acometidos por acidente vascular encefálico em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

MÉTODO

O presente estudo é parte do projeto matricial intitulado “*O caminho percorrido na rede de atenção à saúde, no município da região central do estado do Rio Grande do Sul: a realidade dos usuários acometidos por acidente vascular encefálico*” como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma universidade pública da região central do estado do Rio Grande do Sul. Integram este projeto cinco núcleos profissionais: fisioterapia, enfermagem, serviço social, odontologia e terapia ocupacional.

Este estudo é de natureza qualitativa, exploratória.⁶⁻⁷ A técnica de coleta de dados se constituiu da entrevista semiestruturada⁸; definiu-se, com vista ao objetivo do estudo, uma amostra intencional de seis gestores atuantes em serviços públicos de saúde do município em estudo. Sendo quatro gestores da atenção primária - um representante de cada unidade dentre as quatro com maior incidência de casos de AVE; um gestor da regulação - representante da Coordenadoria Regional de Saúde - responsável pela política regional de doenças crônicas - e; um gestor da atenção terciária - gestor da instituição proponente - responsável técnico do hospital referência da região.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2013, o tempo de duração variou de 10 a 40 minutos e ocorreram nos locais de trabalho dos participantes da pesquisa, após o agendamento prévio. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, sendo que o número de sujeitos pesquisados foi definido pelo sistema de saturação de dados⁸, ou seja, foi encerrada a coleta de dados a partir do momento em que as respostas tornaram-se repetitivas. Os sujeitos do estudo foram identificados pelos códigos G1, G2, G3... e assim, sucessivamente. Os dados da pesquisa serão armazenados no período de cinco anos na Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, localizada no Centro de Ciências da Saúde (CCS), sala 1356 na Universidade Federal de Santa Maria, sob os cuidados da orientadora desse estudo.

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi utilizado à análise de conteúdo temática proposta por Minayo.⁸ Esta é organizada em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁸ Se estabeleceu, então, a definição de categorias não *a priori* as quais foram sendo criadas a partir da similaridade das falas dos gestores entrevistados.

Os sujeitos envolvidos no estudo participaram de forma voluntária, respaldado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi observado criteriosamente o que consta na resolução 196 de 1996⁹ e em conformidade com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰ Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, numero do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 22047313.8.0000.5346, no dia 31 de outubro de 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados advindos da pesquisa mostram que, entre os entrevistados, incluem-se profissionais enfermeiros, administradores, fisioterapeutas e técnicos em contabilidade, que apresentam idade entre 41 e 63 anos. Quatro respondentes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino; dois não possuem pós-graduação e quatro possuem pós-graduação (especialização e/ou mestrado). O tempo médio de formação é de 16 anos e o tempo de atuação no cargo de gestor da saúde vai de 04 meses a 04 anos.

A partir da análise das entrevistas, emergiram duas categorias não *a priori*: redes de atenção à saúde e integralidade da assistência.

Redes de Atenção à Saúde

A rede de atenção à saúde é composta por um arranjo de “pontos” de atenção, que para se tornarem efetivos necessita mais do que ofertas de serviços num mesmo território, sendo essencial o funcionamento de maneira articulada, com efetiva comunicação entre os diferentes níveis de assistência.^{3,5} Identificou-se que os gestores entrevistados mencionam a fragmentação da rede ofertada aos usuários acometidos por AVE, ou seja, “os pontos”, os quais são considerados os serviços de saúde¹¹, desarticulados ou inexistentes na sua grande maioria.

A necessidade de uma visão ampliada compreende ações intersetoriais, articulando interdisciplinarmente práticas efetivas, na perspectiva de linha de cuidado com ênfase em usuários acometidos por AVE. Para os gestores deste estudo os pontos da rede existem, são identificados, no entanto, não visualizam esta efetiva funcionalidade no processo de encaminhamentos dos usuários, direcionando as falhas para a gestão e para os demais setores da saúde, o que parece torná-los meros expectadores deste processo.

Volta para o posto se precisa de algum atendimento da enfermagem. Fazer o controle da glicemia, verificar a pressão. Cuidados assim mais básicos. No caso do atendimento secundário eles não perdem o vínculo com a unidade. (G1)

Não é uma linha contínua, ela é pontilhada, fragmentada, mas funciona. (G3)

A realidade vivenciada nos dois anos de residência multiprofissional, acompanhando usuários acometidos por AVE na clínica médica de um hospital público, percebeu-se a problemática situação na gestão dos serviços públicos, em especial de hospitais ligados ao SUS. No Brasil, a utilização dos contratos de gestão na área hospitalar tem se voltado mais a indicadores de produção - o que é absolutamente necessário -, a mecanismos de certificação de qualidade e valorizado menos o modo de produção em saúde e a integração do hospital ao sistema de saúde.¹¹

Para subsidiar e potencializar todo este processo de mudança em torno de novos modelos de saúde, envolvendo a integralidade da assistência, interdisciplinaridade e humanização, se estabelece sob outra perspectiva a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS.¹²

Entendendo que essa proposta do Ministério da Saúde surge como resposta a problemas da realidade no setor da saúde que necessitam de atenção, considera-se que o modo como é aplicada reflete no processo de trabalho dos trabalhadores, consequentemente na qualidade da assistência aos usuários.¹²

No relato dos entrevistados identificou-se precário conhecimento do processo de gestão do cuidado, nesse caso dos usuários pós AVE, como pode ser percebido nas fala dos gestores.

A gente encaminha o pessoal daqui geralmente para o PA ou para a UPA. (G1)

É um monte de encaminhamento, a gente faz aos pouquinhos, a gente vai numa semana, depois vai para outra, para ver se conseguiu ou não. (G2)

Pode ser tanto encaminhado para o hospital universitário quanto para a outra rede. (G3)

Os gestores entrevistados identificam as possíveis falhas referentes a organização dos serviços, necessitando uma maior comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, com o propósito de planejar ações que possam estar alinhadas as necessidades do usuário e do processo de acompanhamento deste.

Aqui a gente faz um agendamento da pessoa [...], encaminhamos para a secretaria. (G1)

A rede ela é grande, [...] ninguém conversa com ninguém, [...], então você liga para os demais locais para tentar fazer o vínculo, os encaminhamentos e não tem retorno nenhum. Não há conversa [...]. (G2)

[...] imediatamente você [...] entra em contato, consegue um encaminhamento necessário para aquilo ali. (G3)

Nós temos um entrave, quando passa dali, para ser transferido para outro local. [...] esse estágio a gente busca melhorar e sabemos que pode agravar a situação do paciente [...]. (G4)

Percebe-se, por meio das falas, que apesar da demanda estabelecida, a rede de atenção à saúde parece não estar preparada para o enfrentamento de tal questão, pois não há resolução eminente das necessidades evidenciadas. Apesar de a ampliação da Atenção Primária em Saúde ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, é evidente a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda, gerando descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos, tanto nas unidades de saúde da família como nas unidades básicas de saúde.¹³

Para este estudo, se adotou o termo “transferência” como substituto de “referência e contra referência”. Entende-se que estes se encontram em desuso visto a complexidade do processo saúde doença relacionados a condições crônicas dos usuários que buscam assistência no SUS. Justifica-se o uso do termo “transferência” por acreditar que o usuário que busca os serviços do SUS, é parte de um dos pontos da rede, e ao acioná-la ele se transfere para os diversos pontos conectando-se com os saberes multiprofissionais das tecnologias existentes dentro da complexidade do setor saúde. Dessa forma, um exemplo clássico é a “alta hospitalar” de um paciente, na sua essência ele está com transferência para o outro nível de complexidade, o qual possui o compromisso de seguir acompanhando este usuário assistindo-o dentro das suas necessidades.

Tais iniciativas se fundamentam em bases ideológicas e apesar de terem como premissa almejar a mudança para o setor da saúde, ainda se encontram em estágio embrionário, no qual caracteriza a segmentação do sistema de saúde; modelo de atenção centrado na enfermidade do usuário, e ênfase na assistência da atenção hospitalar.¹⁴

Então, hoje para mim, a rede está fragmentada. (G2)

[...] é uma rede que ainda não esta integrada como deveria estar [...](G4)

Toda a rede no município eu não conheço, conheço alguns postos.(G1)

Nós temos essas fragilidades porque nunca foi [...] feito o mapa da rede da saúde; [...] nós temos que trabalhar juntos, e ver as fragilidades. (G3)

Aqui [...] eu conheço mais o hospital universitário [...]. Na rede básica eu sinceramente não sei como é eu só ouço falar. (G5)

Pode-se abstrair dos depoimentos que a percepção dos entrevistados, quanto as RASs ao usuário pós AVE, ainda é incipiente e é caracterizada como fragmentada. Dessa forma, percebe-se a relevância de organizar os serviços, as propostas de saúde e as práticas assistenciais que possuam uma concepção de saúde centrada não apenas no tratamento das doenças, mas também na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras e de afirmação de vida. A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção constitui um problema para os serviços, envolvendo, em sua resolutividade estratégias que abrangem a implantação das RASs.⁵

O componente desta mudança baseia-se na percepção do exercício de uma influência ativa e permanente, identificando os conhecimentos que auxiliam na capacidade crítica, reflexiva e criadora dos sujeitos trabalhadores envolvidos nesse processo de construção. Portanto, o cuidado distinto e continuado exige novas formas de pensar, analisar e agir, estimulando a efetivação no decorrer de seu processo de trabalho.¹⁴

O processo de estruturação do modelo de saúde, fundamentado por meio das RASs, demanda intervenções sistêmicas entre os gestores e também profissionais da saúde que compõem essa prática. A importância de momentos de discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde, leitura de textos, capacitações envolvendo todos os profissionais, na perspectiva de iniciativas direcionadas para o entendimento, organização e efetivação do cuidado ao usuário acometido por AVE parece ser inexistente.

Entende-se que o desafio principal deste estudo é promover a reflexão acerca dos processos de trabalho, por meio de diretrizes, como a do acolhimento e vínculo com as equipes de trabalho e com o usuário, buscando a efetivação da integralidade da assistência.¹⁴

Integralidade da Assistência

A partir da organização do sistema de saúde, por meio das RASs, a atenção básica ocupa a posição central, caracterizada como o primeiro contato da assistência continuada centrada no usuário; necessitando trabalhar de forma articulada, organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre os demais níveis envolvidos. Segundo o relato dos entrevistados essa premissa parece ser uma ilusão.

A atenção básica que é o início de tudo, hoje nós temos uma falha muito grande do nosso município, porque nós temos uma atenção básica um tanto quanto problemática. (G4)

Saúde da família nem se fala; esta muito para traz em questão de ESF. Parece que não vai evoluir. (G5)

Temos grande dificuldade para trabalhar a questão da atenção básica aqui no município. (G6)

De acordo com os relatos dos gestores o cotidiano desses serviços mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso, por meio da atenção básica, é fictício. O não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção para níveis mais complexos é frequente e caracteriza a pouca utilização da tecnologia leve.¹⁵

Do ponto de vista dos fluxos assistenciais, a equipe da atenção básica é a responsável pelo processo de gestão do projeto terapêutico, cabendo-lhes o acompanhamento, assegurando o acesso aos outros níveis de assistência, garantindo ao usuário a formação do vínculo contínuo com a equipe básica.¹⁵

[...] como receber o cartão SUS se não tem internet? Não tenho agente comunitário de saúde. Os materiais vão se estragando, a parte elétrica esta sempre estragada, tem três salas que não tem luz [...].(G2)

Você não tem como atender na unidade básica de saúde (UBS)... para atuar na prevenção e promoção da saúde, você tem que ter condições de trabalho dentro da unidade. (G3)

Para a efetivação do vínculo e a garantia de acesso aos outros serviços de saúde, esses dispositivos segundo os entrevistados, possuem barreiras que impedem sua realização na prática. As unidades básicas constituem-se o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. Conforme pode ser visto nos relatos dos gestores, esse papel não consegue se efetivar na prática devido à gestão ineficiente e burocrática.

A gente orienta algumas coisas básicas pelo menos. (G2)

Temos o pessoal que acompanha o hipertenso, diabético com grupos, que desenvolvem atividades nesse sentido. (G4)

Poderíamos prevenir muito mais, poderíamos promover a saúde. Orientar os hipertensos e diabéticos no sentido de impedir um mal maior para eles. (G6)

Nesta lógica, é necessária que se conjugue, no campo da saúde, a construção de saberes, a fim de dar conta de sua complexidade e visando os princípios e diretrizes do SUS. Evidencia-se a necessidade de profissionais da saúde capazes não só de intervirem no bem-estar da população, limitados ao binômio queixa/condução, diagnóstico/tratamento, mas que sejam capazes de transformar na saúde; proporcionando ao usuário uma assistência contínua, pensando em formas de atuação multiprofissional e que contemplem, também, as necessidades e demandas dos usuários.

A construção desse novo modelo assistencial em saúde, alicerçado e orientado pelas linhas de cuidado, torna-se um desafio; especialmente ao abordar equipes multiprofissionais no seu contexto intrínseco do processo de trabalho e aproximando os gestores de saúde, tornando plausível esse conjunto para a potencialização da integralidade da assistência.¹⁶

O princípio da integralidade é consolidado pela Lei nº 8080 de 1990, Art. 7¹⁷, que regulamenta o SUS, em todos os níveis de complexidade sendo compreendida, como um conjugado de serviços e ações, tanto coletivo quanto individual; preventivo e curativo. Nos trechos da fala dos gestores entrevistados, esse caminho parece ser resolutivo e compreensivo, no entanto, do ponto de vista prático ainda é considerado um desafio complexo compreendendo ações interligadas e potencialmente inovadoras, que ainda não estão efetivadas na rede de atenção à saúde.

Fazer com que o paciente chegue ao local certo de atendimento, facilitando e evitando que a pessoa fique pipocando de um lado para o outro, buscando atendimento que é direito. (G4)

O paciente tem a sua atenção a saúde de uma forma integrada, com começo, meio e fim. Este caminho o paciente recebe uma atenção toda ela integrada naquela linha onde ele entrou. (G5)

A organização e atenção aos usuários acometidos por AVE se constitui em um processo complexo, que envolve o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, envolvimento entre trabalhadores e gestores dos serviços de saúde para que ações que contemplem a garantia de acesso sejam efetivadas.^{5,11}

Embora os gestores entrevistados mencionassem a necessidade de manter um percurso correto do usuário, caracterizado pelo termo linha de cuidado¹⁸, identificou-se que os mesmos, não conseguem visualizar esta proposta como indicativo de organização e fluxo de trabalho.

Entende-se que para a efetivação da linha de cuidado, neste caso dos usuários acometidos por AVE, torna-se fundamental que se processem mudanças no modo de produzir saúde. Isso contempla em especial a gestão do cuidado, na busca da qualidade dos serviços e capacitação dos profissionais. Ressalta-se a importância da organização e vínculo institucional entre os pontos da rede de saúde, envolvendo os trabalhadores e gestores para que esse processo não permaneça fragmentado.^{3,15}

Todas as articulações que podem ser feitas na área da saúde, começando lá na unidade sanitária pela vacinação e depois da vacinação fazer todos os anteparos para que a pessoa não sofra os agravos. (G4)

Vai depender de vários profissionais, porque entram em ação todos os profissionais. (G6)

Percebe-se nos relatos que os entrevistados identificam a importância do acompanhamento desde as unidades básicas e a articulação entre os profissionais de saúde, dessa forma, esse vínculo com os serviços de saúde e a prática multiprofissional busca efetivar propostas nos processos de trabalho e na organização da gestão local, intersetorial e de práticas assistenciais. Concepção esta, que não seja centrada apenas na doença, mas também na inclusão de usuários em serviços e ações de afirmação da vida.¹⁸

Partindo desse pressuposto, é necessária que se conjugue, no campo da saúde, a lógica da integralidade ininterrupta aos usuários acometidos por AVE.¹⁸ É preciso propor formas de organização integral que possibilitem a diversidade de integração do potencial humano no processo de trabalho, com vistas a superar a realidade local e suas deformidades; desafiando e interagindo gestores e trabalhadores na potencialização e efetivação das RASs.^{11,18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o objetivo proposto para este estudo de identificar a rede de atenção à saúde dos usuários acometidos por acidente vascular encefálico em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil; se identificou o precário conhecimento dos gestores entrevistados em relação aos processos de trabalho da atenção a saúde, em particular dos usuários acometidos por AVE. Perante os relatos parecem desconhecer sua responsabilidade, transferindo-a para outros gestores, caracterizando sua atuação de forma superficial em relação às demandas do serviço público.

Frente a esse modelo reproduzido e tradicional, os usuários acometidos por AVE, permanecem vulneráveis na rede de atenção, carecendo de articulações gestoras, comunicação entre os níveis de assistência e planejamento de forma qualificada.

Durante os dois anos de residência multiprofissional em um hospital público, com interface na atenção básica e secundária, ponto obrigatório da proposta pedagógica da residência, pode-se visualizar as inúmeras fendas de um processo desarticulado que compreende o despreparo dos gestores diante de problemas que necessitam pontualidade nas discussões e gestão partilhada. No entanto, essa premissa, na visão desses parece não ser de sua responsabilidade transferindo-a as instâncias maiores.

Identificou-se que o planejamento e a comunicação entre os níveis de atenção são precários, induzindo a pouca ou nenhuma efetivação da linha de cuidado ao usuário acometido por AVE. Como consequência esse usuário permanece no sistema, acessando os diversos pontos da rede em busca de ser atendido; levando-o a procurar articulações de cunho pessoais com os profissionais a fim de agilizar o processo assistencial.

Compreende-se que essa problemática, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, onde todos são atores de mudança dos processos de trabalho e objetiva-se a contínua reflexão e capacitação desses sujeitos para que seja realizada de forma efetiva a mudança que o sistema público de saúde brasileiro necessita.

Entende-se que é possível mudar o diagnóstico dos hospitais públicos, lembrando que as instituições hospitalares devem ser ambientes plenos de garantia da equidade e integralidade da assistência em defesa da vida, mas para isso há uma necessidade do rompimento do modelo hegemônico, tanto nos hospitais como nos serviços de atenção básica.

Uma das dificuldades do processo gerencial para a efetivação das linhas de cuidado talvez seja os gestores entender esta nova proposta como um caminho organizacional dos fluxos assistenciais, segunda uma edificação de novos pontos na rede para a acessibilidade do usuário de forma integral; abrir espaço para inovações no campo da gestão, pois este modelo ultrapassado e caótico a muito tempo despersonalizou os indivíduos que assumem a gestão e mantem-se inertes a esse contexto.

Como integrantes de um programa de residência multiprofissional, entende-se que a mudança começa por indivíduos, muitas vezes ocultos, mas comprometidos com novas formas de fazer saúde e cabe a cada um ser protagonista dessa história.

Salienta-se que são restritas as referências bibliográficas relacionadas as RASs/linha de cuidado entrelaçando com os níveis de assistência do AVE. Assim, torna-se fundamental a continuação de novos estudos e intervenções que abranjam essa temática a fim de potencializar sua efetividade.

REFERENCIAS

1. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al . Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(3):2011-22.
2. Azevedo ECC, Diniz AS, Monteiro JS, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(5):1447-58.
3. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comum Saúde Educ.* 2010;14(34):593-606.
4. Lima ML, Santos JLF, Sawada NO, Lima LAP. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(2):453-64.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Colet.* 2010;5(5):2297-305.
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. Rio de Janeiro: Atlas; 2010.
7. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empres.* 1995;35(3):20-9.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.



11. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righy LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(02):395-409.
12. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde Soc*. 2013;22(3):840-52.
13. Sancho LG, Silva NEK. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. *Physis (Rio J.)*. 2013;23(2):371-91.
14. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde [Internet]. [acesso 2014 fev 27]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf.
15. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis (Rio J.)*. 2012;22(1):119-40.
16. Starfiel B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2014 fev 27]. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609.
17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de 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. *Diário Oficial da União, Brasília*; 1990 set 20.
18. Engel RH, Weiller TH, Farão EMD, Barros IFO, Bordignon J, Luz EMF. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2013 [acesso em 2014 fev 27];3(2):307-14. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8494/pdf>.

Data de recebimento: 10/05/2014

Data de aceite: 22/10/2014

Contato com autor responsável: Camila Pinno

Endereço postal: Rua Silva Jardim, 1994, Ap. 404, Bairro centro. CEP: 97.010-492 - Santa Maria (RS), Brasil.

E-mail: pinnocamila@gmail.com