

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

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

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Camila Pinno

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

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

Camila Pinno

Trabalho de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo

Orientadora: Enf^a Ms. Jucelaine Arend Birrer

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

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

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

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

Elaborado por
Camila Pinno

Orientado por
Jucelaine Arend Birrer

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE CRÔNICO-
DEGENERATIVO**

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Ms. Jucelaine Arend
Birrer (HUSM)-
Presidente**

**Mda. Miriam Perrando
(HUSM)**

**Dr^a Nildete Terezinha
de Oliveira (HUSM)**

Santa Maria, 21 de março de 2014.

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

STROKE: CHALLENGE FOR MANAGERS IN HEALTH CARE NETWORK

Camila Pinno¹, Jucelaine Arend Birrer², Aline Amaral dos Santos³, Ana Paula Flores Colpo⁴, Andréia Claro Tavares⁵, Fernanda Vianna Schmitt⁶

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

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

³ Cirurgiã-dentista, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

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

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

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

RESUMO

Objetivo: esse estudo possui 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:** Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória. Definiram-se como sujeitos da pesquisa seis (6) 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 e deu-se por meio de entrevista semiestruturada. **Resultados:** A partir da análise dos dados 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 construção da linha de cuidado ao usuário acometido por AVE decorrente do desconhecimento dos processos de trabalho por

parte dos gestores, lavando a fragmentação da assistência e a gestão não compartilhada.

Descritores: acidente vascular encefálico, integralidade, atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: This study have as goal identify the attention network of health care for users affected by stroke in a city in the central region of Rio Grande do Sul/Brazil.

Methodology: This is an exploratory research of qualitative nature. Were defined as subjects six (6) managers of the public services of health care of the city under study. The data collection was conducted between October and December of 2013 and was performed by a semi-structured interview. **Results:** From the analysis of the collected data two categories were defined a priori: Attention Networks of Health Care and Assistance Completeness. **Conclusion:** The findings show no use of tools or devices to the construction care of users affected by stroke came from the lack of knowing the line of work by the managers, leading to the fragmentation of care and to the non-shared management.

Descriptors: cerebrovascular accident, completeness, health care.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo identificar la red de atención a la salud de usuarios víctimas de accidente vascular encefálico en una ciudad de la región central del estado de Rio Grande del Sur/Brasil. **Metodología:** Se trata de un trabajo de naturaleza cualitativa, exploratória. Se definieron como sujetos del trabajo seis (6) gestores que actuan en servicios públicos de salud de la ciudad en estudio. La coleta de datos se realizó en el período de octubre a diciembre de 2013 y se dió por medio de entrevista semiestructurada. **Resultados:** A partir del análisis de los datos fueron definidas dos categorias 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 construcción de la línea de cuidado al usuário acometido por AVE 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.

Palabras-clave: accidente vascular encefálico, integralidad, atención a la 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. Tais mudanças interferem no acesso das populações às condições de vida mais favoráveis, alterando os padrões de adoecimento¹.

Devido às características da transição demográfica e epidemiológica brasileiras, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram predominantes, impondo novos desafios, para a gestão local e instâncias governamentais¹⁻². 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.

Dentre essas as doenças cardiovasculares (DCV) representam a primeira causa de morte no Brasil². Apesar da tendência de redução dos riscos de mortalidade por 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. Considerado como fatores de risco o tabagismo e inatividade física, além de dieta rica em gorduras saturadas, com consequente aumento dos níveis de colesterol e hipertensão¹⁻².

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), consistindo, entre as mulheres, a principal causa de óbitos¹.

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 da população²⁻³.

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 fortalecendo a implantação das redes de atenção à saúde (RASs)²⁻³.

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, na qual se articulam diferentes fatores individuais, coletivos, sociopolíticos, culturais, históricos e econômicos⁴.

Embora os dados epidemiológicos mostrem um declínio da mortalidade, ainda se trabalha com a incidência da doença reverta num quadro de prevalência de deficiências físicas e mentais relacionadas aos episódios de AVE². 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 redes de atenção à saúde no contexto dos usuários de AVE, com o objetivo 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.

MÉTODOS

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, exploratória⁵⁻⁶⁻⁷. A técnica de coleta de dados se constituiu da entrevista semiestruturada⁸; definiu-se, com vista ao objetivo do estudo, uma amostra intencional de seis (6) gestores atuantes em serviços públicos de saúde do município em estudo. Sendo quatro gestores da atenção primária - Unidade Básica de Saúde; um da regulação - Coordenadoria Regional de Saúde e, um da atenção terciária - gestor da instituição proponente.

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.

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi utilizado à análise de conteúdo proposta por Minayo⁸. A partir da análise das entrevistas, se estabeleceu 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. Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, numero do CAAE 22047313.8.0000.5346.

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 em 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 assistência¹⁻³. 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 saúde¹⁰, 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, sendo identificado, 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 torna-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 saúde¹¹.

Para subsidiar e potencializar todo este complexo processo de mudança em torno de novos modelos de saúde, o Ministério da Saúde instituiu, nos últimos anos, entre outros dispositivos, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS¹².

Esta aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes, implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder¹².

No relato dos entrevistados identificou-se falta de conhecimento do processo de gestão do cuidado, nesse caso dos usuários de 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 referente 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 quando esta doente e nós ficamos com uma cópia do agendamento, encaminhamos para a secretaria. Não somente os AVE, qualquer pessoa. Quando vem com o AVE a gente não tem muito que fazer aqui”. (G1)

“A rede ela é grande, porque o nosso município também é grande... Ninguém conversa com ninguém, a saúde pública não tem pai e não tem mãe, não tem um responsável, então você liga para os demais locais para tentar fazer o vínculo, os encaminhamentos e não tem retorno nenhum. Não há conversa, não há reunião. Não se sabe quem é responsável de fato”. (G2)

“Chegou uma determinada situação que precisa atendimento do CRAS, imediatamente você como profissional, entra em contato, consegue um encaminhamento necessário para aquilo ali”. (G3)

“Nós temos um entrave, quando passa dali, para ser

transferido para outro local. Essa demora, esse estágio a gente busca melhorar e sabemos que pode agravar a situação do paciente que está no leito em observação”. (G4)

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 aciona-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 esta 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 hospitalar¹³.

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

“Geralmente, dificilmente o paciente volta para a unidade”. (G3)

“A rede de atenção daqui da nossa cidade, é uma rede

que ainda não esta integrada como deveria estar; temos falhas”. (G4)

“Toda a rede no município eu não conheço, conheço alguns postos. Eu conheço aquele nosso posto na secretaria de saúde porque lá eles determinam onde vão fazer os exames completos”. (G1)

“Mas eu acredito que nós deveríamos sentar e ter mais planejamento; porque você só vai saber trabalhar com aquela realidade se você conhecer ela. Nós temos essas fragilidades porque nunca foi sentado e feito o mapa da rede da saúde; você precisa ir lá e conhecer a rede, cada ser humano é único e cada um tem uma visão, por isso nós temos que trabalhar juntos, e ver as fragilidades”. (G3)

“Eu acho que aqui nesta cidade eu conheço mais o hospital universitário, com a questão da internação domiciliar do universitário assumir. Na rede básica eu sinceramente não sei como é eu só ouço falar”. (G5)

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 trabalho¹³⁻¹⁴.

O processo de estruturação do modelo de saúde, fundamentado por meio das

Redes de Atenção à Saúde, 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 a cerca 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 do assistência¹⁴.

Integralidade da Assistência

A partir da organização do sistema de saúde, por meio das RAS, 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 primária à saúde, 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 leve¹³⁻¹⁶.

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 básica¹⁶. No entanto, essa atividade segundo os entrevistados possui barreiras que impedem sua efetivação na prática, como pode ser observado nos relatos.

“Agora nós estamos para receber no posto de saúde o cartão SUS, mas como receber o cartão SUS se não tem internet? Não tenho agente comunitário de saúde, como enfermeira. Estou sozinha aqui. Os materiais vão se estragando, a parte elétrica esta sempre estragada, tem três salas que não tem luz, então tem dias que fica escuro por causa do tempo; as pessoas precisam ficar mudando de sala para poder trabalhar”. (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)

“A saúde pública é prevenção e infelizmente ainda estamos correndo na parte curativa”. (G4)

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. O papel da atenção básica é de coordenar os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção¹⁶. Conforme pode ser visto no relato 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. Necessita-se propor formas de organização integral que possibilite a diversidade de integração do potencial humano no processo de trabalho, com vista a superar a realidade local e suas deformidades.

Evidencia-se a necessidade de profissionais da saúde capazes não só de

intervirem no bem-estar da população, limitados ao binômio queixa/conduita, diagnóstico/tratamento, mas que sejam capazes de inovar na saúde, pensando em novas 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.

O princípio da integralidade é consolidado pela Lei nº 8080 de 1990, Art. 7¹⁸, 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 entre gestores e trabalhadores, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de ações integradas do acesso¹⁸.

Embora os gestores entrevistados mencionassem a necessidade de manter um percurso correto do usuário, caracterizado pelo termo linha de cuidado¹⁷⁻¹⁹, 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. Quando não há uma organização adequada, acesso aos recursos assistenciais e a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias ocorre uma fragmentação desse processo e o usuário se perde em um dos pontos da rede^{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)

A prática multiprofissional procura organizar propostas efetivas e processos de trabalho na organização da gestão local, intersetorial e de práticas assistenciais

que possuem uma concepção de saúde que não seja centrada apenas na doença, mas também na inclusão de usuários em serviços e ações de afirmação da vida¹⁹.

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 SUS¹⁸. Assim, é preciso propor formas de organização integral que possibilite a diversidade de integração do potencial humano no processo de trabalho, com vista a superar a realidade local e suas deformidades.

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 desconhecimento dos gestores em relação aos processos de trabalho da atenção a saúde, em particular dos usuários acometidos por AVE. De acordo com os relatos parecem desconhecer sua responsabilidade, transferindo-a para outros gestores, caracterizando sua atuação de forma superficial em relação às demandas do serviço público.

Diante desse 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 primária e secundária, ponto obrigatório da proposta pedagógico 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-os 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 que para isso há uma necessidade de quebra do modelo hegemônico nos hospitais, papel que cabe aos reformistas da Reforma Sanitária.

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 mantém-se inertes a esse contexto.

Como integrante 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 às redes de atenção à saúde/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. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
4. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*. V. 14, p. 593-605, 2010.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. Rio de Janeiro: Atlas S.A. 2010.
6. Godoy AS. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. v. 35, n. 3, p. 20-9, 1995.
7. Godoy AS. Entendendo a pesquisa científica. *In: HANASHIRO, D. M. M. R.; TEIXEIRA, M. L. M.; ZACCARELLI, L. M. (Org.). Gestão do fator humano: uma visão baseada em stakeholders*. São Paulo: Saraiva, 2007.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2012.
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
10. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righy LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trabalho, educação e saúde*, V, 11, p. 395, 409, 2013.
11. Ministério da Educação (BR). CARTA CONJUNTA FASUBRA/MEC HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: Concepção, Papel e Missão. 2007. Acessado em 27 de fevereiro de 2014. Disponível em: [http:// fusubra.org.br](http://fusubra.org.br)
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZA SUS, Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF. 2004.
13. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de

- organização da rede de saúde. Acesso em 27 de fevereiro de 2014.
Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integralconceito-como-fazer.pdf>.
14. Franco TB; Magalhães H. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado. In: Pensar BH: política social, n. 7- ISSN 1676-9503, 2003.
 15. Gawryszewski ARB; Oliveira DC; Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis Revista de Saúde Coletiva. v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.
 16. Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.
 17. Starfiel B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
Disponível em:
<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2014.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 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, 19 set. 1990.
 19. Ceccim RB; Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R., A. (orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.