

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

**EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO AO
USUÁRIO COM NEOPLASIA DE CABEÇA E
PESCOÇO: DISPOSITIVOS DA CLÍNICA AMPLIADA
E REDE DE SAÚDE**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Bruna Franciele da Trindade Gonçalves

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO AO USUÁRIO
COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO:
DISPOSITIVOS DA CLÍNICA AMPLIADA E REDE DE SAÚDE**

Bruna Franciele da Trindade Gonçalves

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

2013

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

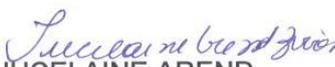
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM NEOPLASIA
DE CABEÇA E PESCOÇO: DISPOSITIVOS DA CLÍNICA AMPLIADA E REDE DE
SAÚDE**

Elaborado por
BRUNA FRANCIELE DA TRINDADE GONÇALVES

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de
Saúde, ênfase Crônico-Degenerativo.**

Comissão Examinadora:


JUCELAINE AREND
BIRRER


FLÁVIA COSTA DA
SILVA


TERESINHA HECK
WEILLER

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM NEOPLASIA
DE CABEÇA E PESCOÇO: DISPOSITIVOS DA CLÍNICA AMPLIADA E REDE DE
SAÚDE

MULTIPROFESSIONAL TEAM IN ATTENTION TO USER WITH HEAD AND NECK NEOPLASMS: CLINICAL DEVICES MAGNIFIED AND NETWORK HEALTH

Bruna Franciele da Trindade Gonçalves¹, Jucelaine Arend Birrer², Camile Favretto³, Elaine Miguel Delvivo Farão⁴, Letícia Maria Teixeira de Oliveira⁵

¹ Fonoaudióloga, 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 - HUSM/UFSM.

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

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

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

RESUMO

Este estudo possui como objetivo analisar a percepção sobre dispositivos da clínica ampliada e rede de atenção à saúde de profissionais que atuam numa unidade de internação cirúrgica, com usuários acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, descritiva de abordagem qualitativa, realizada em um hospital universitário, na região central do Estado Rio Grande do Sul, no período de novembro a dezembro de 2012. Foram realizadas cinco entrevistas com profissionais de nível superior vinculado à unidade de internação, com atuação direta aos usuários que internaram para realizar procedimentos cirúrgicos na clínica de cabeça e pescoço. A análise dos dados se deu através da técnica de análise de conteúdo. Desta análise, emergiram três categorias não a priori: conhecimento da especialidade, dispositivos para clínica ampliada e percepção da rede de saúde. Os resultados da pesquisa permitiram identificar que há necessidade de efetivação dos dispositivos da clínica ampliada em relação a aspectos que envolvem a interdisciplinaridade na atenção dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço. Os resultados alcançados apontam para o fortalecimento da rede de saúde através da responsabilização dos multiprofissionais que integram estes serviços e, estabelecimento da comunicação entre os níveis do sistema de saúde a fim de consolidar a integralidade da atenção na perspectiva da linha de cuidado.

Descritores: equipe de assistência ao paciente; neoplasias de cabeça e pescoço; assistência integral à saúde; sistema único de saúde.

ABSTRACT

This study aims analyze the perception about clinical devices magnified and network health to health of professionals working in a surgical inpatient unit, with users suffering from head and neck

neoplasms. It is about a research of cross-sectional survey, descriptive qualitative approach, performed at a university hospital in the central region of Rio Grande do Sul, during the period from November to December 2012. Were accomplished five interviews with professionals of superior level linked to the inpatient unit, operating direct to users who were hospitalized for surgical procedures in the clinic of head and neck. The analysis of data occurred by the technique of content analysis. From this analysis, three categories emerged no a priori: knowledge of the specialty, clinical devices magnified and perception of the network health. The research results allowed the identification that there is need for realization of clinical devices magnified in relation to aspects that involve a interdisciplinarity in attention of users with head and neck neoplasms. The results achieved point to the strengthening of the network health through accountability of multiprofessional that integrate these services and establishing communication between levels of the health system in order to consolidate the comprehensiveness of care from the perspective of the care line.

Keywords: patient care team; head and neck neoplasms; comprehensive health care; unified health system.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem sofrendo mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população, de modo que as doenças agudas não são mais as principais causas de óbitos populacionais, voltando-se a preocupação para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas, as neoplasias que envolvem a região de cabeça e pescoço (MALTA e MERHY, 2010; INCA, 2011). Para Mendes (2010) e Taddeo et al.(2012), as principais causas para este novo cenário estão relacionadas ao envelhecimento populacional e a exposição a fatores de risco.

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) as neoplasias são um problema de saúde pública mundial que vem se apresentando também nos países em desenvolvimento como o Brasil. O INCA aponta que as estimativas para o ano de 2013 é que surjam 385 mil novos casos de neoplasias, sendo 30 mil acometendo a região de cabeça e pescoço.

Este tipo de agravo é responsável por alterações anatômicas que devido à localização podem afetar as funções de comunicação, alimentação, produzindo alterações estéticas que impactam diretamente na qualidade de vida do indivíduo (KOWALSKI; CARVALHO; VARTANIAN, 2010).

Os cuidados a indivíduos acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço exigem dos profissionais de saúde um olhar diferenciado, baseado nas necessidades decorrentes das sequelas que os tratamentos resultam (MOSTARDEIRO, 2010; SILVA et al., 2011). Segundo Mattos (2004) e Mostardeiro (2010), se faz necessário que a atenção aos usuários ocorra numa perspectiva ampliada do cuidado, sendo fundamental a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar conforme preconizam as políticas públicas de atenção à saúde.

Mattos (2004), Malta e Merhy (2010) reforçam a importância da realização da atenção multiprofissional, descentralizada do modelo biomédico, pois referem que a integralidade na assistência somente será efetivada na prática, se articulada com os diferentes saberes profissionais.

Neste sentido, Campos e Domitti (2007) reforçam que o profissional que realiza o trabalho isolado, dificilmente poderá dar conta e assegurar a realização de uma abordagem integral ao sujeito. Isso implica na necessidade de ampliação do cuidado através da valorização do trabalho multiprofissional.

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS propõe estratégias e métodos para promover e articular ações e saberes, além de assegurar a garantia da atenção integral e humanizada. A proposta da clínica ampliada é uma das estratégias para auxiliar na modificação das práticas gerenciais e também nas práticas de produção de saúde dos profissionais que estão inseridos no sistema público de saúde (BRASIL, 2009); podendo ser considerada uma das estratégias para os profissionais que atuam com sujeitos acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço.

Para Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada valoriza a participação dos usuários como atores no processo do cuidado e também preconiza o compartilhamento das ações a fim de reforçar a construção de redes, vínculos e a corresponsabilização dos sujeitos e profissionais da saúde. Seguindo este raciocínio, a adoção dessa nova estratégia possibilita a atenção de modo singular e específica, de acordo com as necessidades individuais e/ou coletivas através de abordagens que compreendam a complexidade do sujeito e do trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

Para Matos, Pires e Campos (2009), a perpetuação da fragmentação na organização do trabalho tem sido apontada como um dos fatores responsáveis pela não efetivação da integralidade na prática. Para os autores, isso acarreta prejuízos significativos para aqueles que utilizam o sistema de saúde, uma vez que a singularidade e a complexidade do sujeito ultrapassam os saberes de uma única profissão, o que fortalece o trabalho multiprofissional.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é fundamental para a implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde da população (CAMPOS, DOMITTI, 2007; PEDUZZI et al., 2011; TADDEO et al., 2012). No entanto, a integralidade no cuidado necessita ser realizada nos diferentes níveis de atenção que o usuário percorre, ou seja, na linha de cuidado (LC) que o mesmo percorre, sendo necessária a visualização da rede por parte dos integrantes deste processo (MENDES, 2011).

A rede de atenção à saúde da população é composta pelo conjunto de serviços e tecnologias de saúde que se dispõe num determinado território geográfico (BRASIL, 2009). Nesta perspectiva, Marceca e Ciccarelli, (2007) e Malta e Merhy (2010) salientam que estes serviços podem ser comparados aos nós de uma rede, na qual as ações intersetoriais em cada ponto irá promover o cuidado contínuo aos

usuários. Diante disso, e devido às diversas necessidades dos indivíduos acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço salienta-se a importância da integração da rede de atenção para a efetividade da integralidade na assistência.

Diante do exposto, o presente estudo teve por **objetivo** *analisar a percepção sobre dispositivos da clínica ampliada e rede de atenção à saúde de profissionais que atuam numa unidade de internação cirúrgica com usuários acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço.*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentada a revisão de literatura o qual abordará os temas “Dispositivos da Clínica Ampliada” e “Rede de Atenção à Saúde a Pacientes com Neoplasia de Cabeça e Pescoço” a fim de fundamentar o estudo proposto.

2.1 Dispositivos da Clínica Ampliada

A clínica ampliada é um dispositivo da PNH que preconiza a corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários na construção de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Para promover a integralidade da assistência à saúde, utiliza-se de estratégias como, a valorização da autonomia do sujeito, o trabalho em equipe, a intersectorialidade, dentre outros (BRASIL, 2009).

Brasil (2009) e Mendes (2011) referem que a valorização da autonomia do usuário se constrói na medida em que os profissionais de saúde compartilham os saberes e investem na corresponsabilidade dos sujeitos pelo cuidado e zelo da sua saúde. Para a efetivação na prática, é essencial que os sujeitos acometidos por algum agravo de saúde participem da elaboração do plano terapêutico com a equipe multiprofissional, a fim de que a adesão ao tratamento seja realizada de forma plena (CAMPOS, AMARAL, 2007).

A valorização da autonomia e empoderamento dos usuários acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço através da explicação do diagnóstico e possibilidades terapêuticas é de extrema relevância, devido à complexidade do tratamento. Assim sendo, a realização das orientações referentes ao tratamento e possíveis sequelas ajudarão na redução do impacto emocional diante do problema, e contribuirão para o sucesso terapêutico (BEHLAU et al., 2010; MOSTARDEIRO, PEDRO, 2010).

O trabalho da equipe multiprofissional compreende o trabalho coletivo formado pela relação recíproca entre as várias intervenções técnicas referentes a cada núcleo profissional associada à interação dos profissionais das diferentes áreas (PEDUZZI, 2001; MATOS, PIRES e CAMPOS, 2009; PEDUZZI et al., 2011). Na perspectiva de Campos e Amaral (2007) e Mendes (2011) torna-se importante a

construção das relações no sentido horizontal e integrado entre os componentes da equipe e usuários, a fim de atingir os objetivos propostos.

As diversas modalidades de tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço podem deixar sequelas que limitam as atividades dos usuários, bem como, impactam de forma significativa na sobrevivência e principalmente na qualidade de vida dos mesmos (ANGELIS, BANDEIRA, 2010). Neste sentido, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental para que os melhores resultados estéticos e funcionais sejam alcançados (NEMR, FURIA, 2011).

Para Mendes (2011), é necessário que os profissionais que atuam com usuários em condições crônicas de saúde compartilhem as informações, com o propósito de fortalecer o vínculo entre a equipe, contribuindo com o processo da aprendizagem. A partir das situações vivenciadas esta interação busca promover uma comunicação eficaz entre os componentes da equipe e melhor resolutividade dos problemas decorrentes desses agravos de saúde.

Para a efetivação da assistência aos usuários é importante que se estabeleçam mecanismos para troca de informação entre os diferentes níveis de atenção, como a utilização de instrumentos específicos como a contrarreferência (BRASIL, 2004).

O formulário de contrarreferência é um instrumento utilizado para promover a comunicação, de forma escrita, entre os níveis de maior densidade tecnológica para os de menor densidade, ou seja, do hospital para a atenção básica. A expectativa inicial da criação é que através da utilização desse formulário fosse garantida a continuidade da assistência na perspectiva da integralidade na LC (BRASIL, 2004), em todo o percurso do usuário no sistema.

Na visão de alguns autores, esse processo parece ser dúbio, por considerarem que o mesmo trabalha com a relação vertical e hierarquizada, no sentido de apenas transferir a responsabilidade, tendo a devolutiva apenas a função informativa do procedimento realizado (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CAMPOS, AMARAL, 2007). Para que haja consonância da informação no momento que o usuário transita de um nível de assistência para outro, é imprescindível haver maior comunicação entre as equipes e não apenas o preenchimento de um formulário, como cumprimento de uma tarefa.

Nesta perspectiva, Silva e Magalhães Jr (2008) fazem referência a integralidade horizontal, que é a sustentação básica para a construção de redes,

reforçando a importância da transferência do cuidado nos diferentes níveis de atenção. Neste sentido, através da demanda que o usuário apresenta é que ocorre o encaminhamento para as diferentes densidades tecnológicas ou até mesmo a utilização da intersectorialidade com o objetivo de realizar a integralidade do cuidado (MALTA, MERHY, 2010).

Esta intersectorialidade se caracteriza pela busca de auxílio e conexão com os diferentes setores, com o propósito de melhorar as questões relativas à saúde da população (BRASIL, 2008). Na prática, contribui para atenção integral à saúde, pois utiliza conhecimentos de outras políticas públicas na elaboração das soluções dos problemas, atuando como dispositivo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, tendo em vista as sequelas do tratamento (SILVA, MAGALHÃES JR, 2008).

As implicações decorrentes do tratamento para a neoplasia de cabeça e pescoço podem influenciar de forma negativa o retorno dos indivíduos às atividades de vida diária com conseqüente restrição social. Desta forma, se faz necessário que a equipe responsável pelo cuidado a este usuário realize o dispositivo da intersectorialidade, como forma de auxiliar na recuperação do estado de saúde e reinserção na sociedade (SILVA, ABRAHÃO, RUDNICKI, 2009).

2.2 Rede de Atenção à Saúde a Pacientes com Neoplasia de Cabeça e Pescoço

A ampliação do conceito de saúde trouxe a necessidade de mudanças nas políticas públicas de gestão voltadas para a atenção à saúde dos usuários do SUS. De acordo com Brasil (2009), a partir dessa ampliação foi proposta uma nova forma de atenção e gestão, baseado num sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas.

Para Silva e Magalhães Jr (2008) e Mendes (2011) rede de atenção à saúde se configura como a integração de serviços em determinado território, equipamentos de diferentes densidades tecnológicas organizado em diferentes níveis de atenção.

Os níveis de atenção à saúde são estruturados de acordo com densidades tecnológicas, sendo o nível de atenção primário à saúde de menor densidade tecnológica, o intermediário relacionado à atenção secundária à saúde e, o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde (MENDES, 2011). Desta forma,

através da especificação dos níveis é possível utilizar de forma racional os recursos atribuídos ao setor no SUS.

Construir e trabalhar em rede com respeito e acolhimento às diferenças, compor projetos comuns, respeitando as singularidades, criar possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde (BRASIL, 2009). Para Mendes (2011), alguns componentes básicos para a rede se estruturam nos serviços de diferentes densidades tecnológicas, na orientação ao usuário sobre o percurso na rede, na identificação e prontuário do usuário acessível e no sistema de regulação do acesso.

A organização das redes de saúde e o planejamento das ações, muitas vezes, são desconectados do sistema, ficando na dependência dos gestores e trabalhadores ou usuários, o que resulta em sistemas de saúde com capacidades resolutivas diversas, mas não potencialmente explorados, o que configura uma barreira para o estabelecimento de referências pactuadas (BRASIL, 2006). Para Mendes (2011) a questão primordial que dificulta esse processo e o cuidado contínuo à população se relaciona principalmente pela falta de comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

Esta fragmentação na troca de informação impacta de forma decisiva nos diversos agravos de saúde, mas pode ser percebido com maior intensidade naqueles casos de maior gravidade, como exemplo as neoplasias de cabeça e pescoço. A espera para o atendimento, ocasionada pela falta de fluxo adequado, implica no aumento da gravidade da doença levando muitos usuários a um prognóstico restrito, sem possibilidades de reabilitação (SILVA et al., 2011).

Na visão de Mendes (2011), a inclusão do hospital de forma integrada como organização que compõe um dos níveis de atenção à saúde é fundamental, uma vez que, ao tratar as condições agudas ou a agudização das condições crônicas, necessita realizar a transferência desse usuário para o outro nível de atenção, interagindo de forma integrada e contínua.

Os profissionais de saúde que atuam no nível hospitalar da atenção com pacientes acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço parecem reconhecer que parte desses “fragmentos ou nós” relacionam-se com a exagerada burocracia do sistema de saúde brasileiro e também pela existência de profissionais despreparados para atuarem de forma a agilizar o fluxo desse usuário a clínica específica do agravo (SILVA et al., 2011).

Na visão de Malta e Merhy (2010) a participação dos profissionais que atuam no hospital no momento da alta é essencial para a integração com a rede, pois é assim que a continuidade do processo de cuidado acontece. Desta forma, a transferência é intermediada pela comunicação e não somente através da contrarreferência, vista como execução de preenchimento de protocolo.

Baduy et al. (2011) evidenciaram em um estudo que a articulação em rede foi possível através da utilização de instrumentos mais específicos da regulação e da construção das linhas de cuidado, incluindo padronização das solicitações de procedimentos, protocolos, buscando integração e corresponsabilização dos trabalhadores das unidades de saúde nos diferentes pontos da rede.

Entende-se que os usuários acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço necessitam estar amparados, de forma plena, durante o tratamento. Por essa razão, a atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema parece ser a melhor estratégia de realizar o atendimento aos usuários na visão ampla do cuidado (SILVA, MAGALHÃES JR, 2008).

3 MÉTODO

O presente estudo está fundamentado na abordagem qualitativa, do tipo transversal e descritivo.

A pesquisa qualitativa na visão de Antonello e Godoy (2011), parte do contexto subjetivo do indivíduo baseada nas experiências vividas, o que leva em consideração os valores, as crenças, as percepções, os sentimentos e as suposições do indivíduo.

O estudo do tipo transversal ou de prevalência caracteriza-se por identificar simultaneamente causa e efeito entre os indivíduos que compõem a pesquisa, apresentando como vantagens simplicidade, baixo custo para sua execução, já que não há necessidade de segmento de pessoas, pois os dados são coletados em um único ponto no tempo (HAIR et al., 2005).

Descritivo por tratar-se de um estudo que procura especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de grupos, comunidades, pessoas ou qualquer outro fenômeno. Busca medir ou coletar informações de maneira independente ou conjunta sobre os conceitos ou as variáveis a que se referem (HAIR et al., 2005; SAMPIERI et al., 2006).

Salienta-se que esta pesquisa trata-se de uma sequência de estudos desenvolvidos por quatro residentes multiprofissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde, como requisito parcial para conclusão da especialização. Desta forma, este estudo complementa as três demais pesquisas realizadas a partir do projeto guarda-chuva intitulado *“Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: nó crítico do SUS”*.

Para atender ao objetivo proposto - verificar a utilização dos dispositivos para efetivação da clínica ampliada e percepção de rede de saúde - definiu-se como unidade de análise profissionais da saúde, vinculados a uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário, os quais realizam assistência a usuários com neoplasia de cabeça e pescoço.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2012, a partir da realização de entrevistas semiestruturadas com roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A), a fim de obter do entrevistado aspectos considerados relevantes de determinado tema abordado.

Participaram da pesquisa cinco profissionais vinculados à unidade de clínica cirúrgica com atuação direta aos usuários que internaram para realizar procedimentos cirúrgicos na clínica de cabeça e pescoço, sendo eles: enfermeiro, nutricionista, residente médico, fisioterapeuta e médico cirurgião. Justifica-se que o número limitado de profissionais entrevistados deu-se devido esta ser uma unidade de internação com uma equipe restrita de profissionais de nível superior que prestam assistência a usuários que se encontram com agravos de cabeça e pescoço, assim como assistem usuários de outras especialidades cirúrgicas.

As entrevistas tiveram duração, em média, de meia hora foram realizadas em local pré-determinado pelo pesquisador, gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. Para identificar os entrevistados durante a análise, estes foram denominados de P1, P2, P3, P4 e P5.

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), a qual apresenta como objetivo compreender criticamente o sentido das expressões, seus conteúdos e significações explícitas ou ocultas, com ênfase em análise categorial e de enunciação definidas não a priori. As categorias de análise foram criadas na medida em que se constatavam no relato dos entrevistados, similitudes em suas falas que pudessem caracterizar certa similaridade, especificamente sobre um determinado aspecto de interesse da pesquisa (LINCOLN E GUBA, 1985; LAVILLE E DIONNE, 1999).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição de origem como número do CAEE - 06493312.3.0000.5346 - os indivíduos participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), autorizando a utilização das informações obtidas, desde que mantido sigilo sobre sua identidade.

A próxima seção apresenta o perfil dos entrevistados, seguido da apresentação e análise das categorias definidas não a priori.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, a análise dos resultados da presente pesquisa será realizada a partir da caracterização dos entrevistados, seguida das discussões das categorias emergidas com base no relato dos entrevistados para este estudo.

Caracterização dos Entrevistados

Os profissionais entrevistados compreenderam um enfermeiro, um nutricionista, um médico residente, um fisioterapeuta e um médico cirurgião especialista em cirurgia de cabeça e pescoço.

O tempo de formação dos entrevistados foi de um ano a 26 anos, sendo que o tempo de atuação na clínica de cabeça e pescoço na unidade de internação pesquisada variou de um ano a 17 anos.

Apresentação das categorias não a priori

A partir das entrevistas realizadas e análise detalhada das transcrições foram definidas três categorias de análise não a priori: conhecimento da especialidade, dispositivos para clínica ampliada e percepção da rede de saúde.

Conhecimento da Especialidade de Cabeça e Pescoço

O tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço segundo Nemr e Furia (2011), Sommerfeld et al. (2012) demandam a atuação de uma equipe multiprofissional capacitada para atuar na área, visto a complexidade desta especialidade, associado a frequentes sequelas decorrentes do ato cirúrgico; constituindo-se um dos fatores que influenciam significativamente na qualidade de vida desses usuários.

Para Peduzzi (2001), a realização de especializações nas áreas da saúde contribui para ampliar as possibilidades da atenção à saúde, auxiliando para o

aprimoramento do conhecimento no trabalho especializado dos núcleos profissionais e contribuindo para a melhoria do desempenho técnico nas áreas da saúde.

No caso dos profissionais entrevistados, pode-se verificar que a maioria não realizou especialização pontual na área de cabeça e pescoço, entretanto, as ações específicas de núcleo profissional e o tempo de experiência profissional são considerados fatores importantes para o suporte adequado às necessidades dos usuários. Essa particularidade pode ser percebida nos relatos de P1, P2 e P3.

[...] olha, no momento atual eu me sinto mais segura e mais confiante depois dessa experiência adquirida nesse tempo de prática. Se acontecer alguma intercorrência a gente consegue se sair melhor, digamos assim, para a conduta ser realizada. Sinto-me mais segura. (P1)

Depois de 10 anos atuando a gente se sente geralmente preparado. Apesar de que aqui pelo menos em nível do nosso hospital, nós não costumamos ter muitos cursos de capacitação e qualificação em área cirúrgica. Então a gente vai aprendendo no dia-a-dia. (P2)

[...] na maioria das vezes sim. Mas preparada para tudo eu acho que eu não estou e ninguém nunca sabe o que vem pela frente; mas os que eu não me sinto preparada (casos) eu sempre corro atrás pra saber mais, como é que funciona, saber como que vai ficar, mas saber 100% tudo, não. [...] e agora estou fazendo os cursos mais relacionados a pacientes cirúrgicos [...]. (P3)

Os profissionais entrevistados neste estudo que atuam com pacientes acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço identificam algumas especificidades nesta população, como a presença de fatores de risco, etilismo e tabagismo, diagnóstico tardio (LIMA, BARBOSA, SOUGEY, 2011; SOMMERFELD et al., 2012); além de sentimentos de angústia, ansiedade, fragilidade, insegurança, medo, alteração no humor e sofrimento (MOSTARDEIRO e PEDRO, 2010; SILVA et al., 2011; SOMMERFELD et al., 2012). Os achados da literatura podem ser percebidos nos relatos dos entrevistados.

[...] é um paciente que fica bem mais ansioso que os outros, em relação a cirurgia, porque muitas vezes eles vem com sequelas, eu digo assim, consequências da cirurgia. Não podendo falar permanentemente, não podendo se alimentar mais da forma normal [...]. (P1)

[...] e os fatores principais de risco desses pacientes é o tabagismo e o alcoolismo, e por si só a própria doença é uma doença mutiladora, mesmo com o tratamento cirúrgico. Têm cirurgias, grandes cirurgias que tem a necessidade de serem feitas em função da doença, do estágio, a doença em si ela é extremamente deteriorante para o paciente [...]. (P4)

Para Angelis e Bandeira (2010), Lima, Barbosa e Sougey (2011) as alterações estéticas faciais e funcionais são as mais limitantes para os usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, pois podem influenciar de modo significativo na comunicação, devido à alteração na voz ou perda total dela, uso de traqueostomia; na alimentação pela presença de disfagia, sendo que tais dificuldades podem levar o indivíduo a restrições das atividades de vida diária e isolamento social. Como pode ser identificado no relato de P2 e P4.

Existe a dificuldade de comunicação, porque geralmente eles necessitam no pós-operatório serem traqueostomizados com o uso do balonete. Então a comunicação fica difícil, já que eles não podem expor através da voz, tem que ser por gestos, ou por escrita, ou precisam que um familiar que entenda o gesto ou o rosto do paciente para me dar o retorno [...]. (P2)

[...] perdendo a parte nutricional, a parte de deglutição, de fala, a maioria das cirurgias, do tumor, acaba acometendo via aérea superior, fora os tumores de pele que aí é uma frequência maior ainda. São mutilações, são feridas grandes, e muitos vêm com enormes feridas e as faces deformadas em função da doença, o odor [...]. (P4)

Percebe-se que devido à complexidade das condições clínicas dos usuários acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço se faz importante à realização do incentivo aos profissionais na mudança de comportamento com vistas à prática da clínica ampliada e ao atendimento integral dos usuários (BRASIL, 2009). Nesta perspectiva, Autès (2003) salienta que a convergência do comportamento é o instrumento necessário às mudanças das ações, com vistas à promoção do suporte para as atividades que rodeiam o campo profissional.

Dispositivos da Clínica Ampliada

O diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço, bem como o tratamento podem trazer mudanças significativas na vida dos indivíduos e de sua família (LIMA, BARBOSA, SOUGEY, 2011). Por essa razão, se faz necessário a realização do esclarecimento adequado sobre a doença e suas consequências, a fim de auxiliar na efetivação da adesão do usuário ao tratamento, assim como orientá-lo a conviver com as limitações decorrentes desse processo.

Para Malta e Merhy (2010) a realização do empoderamento através do conhecimento sobre a doença, a necessidade de realização de vários

procedimentos, são essenciais para maior aderência ao tratamento por parte dos usuários. Corroborando ao autor, Taddeo et al. (2012) salientam que é necessário tornar o usuário um indivíduo crítico em relação ao seu agravo de saúde, o que implica na corresponsabilização também do usuário pelo sucesso terapêutico.

Tais colocações podem ser visualizadas nos relatos de P1, P4 e P5.

[...] a gente tem um foco em cada tipo de cirurgia, na cabeça e pescoço é mais a parte da traqueostomia, porque é uma coisa que muitos nunca viram, ou de como é que vai ser no pós-operatório, que eles talvez vão usar uma sonda para alimentação, tentar diminuir a ansiedade deles e dos familiares também. (P1)

[...] isso aí é minha obrigação, o doente que chega aqui tem um câncer, mas que ainda esta com a voz boa. Porém, o tumor é grande o suficiente que tem que tirar tudo, a gente tem que expor a ele, olha o senhor vai perder a voz, é uma cirurgia grande, tem chance de cura, sempre tem que notificar o paciente, tantas vezes que for necessário sobre o que vai ser feito [...]. (P4)

[...] na internação a gente tenta explicar como que vai ser o procedimento, vai vir com cânula de traqueostomia... Aí até as gurias ajudam aqui agora com a residência multiprofissional, trazem aqui para a salinha, mostram como é uma cânula de traqueostomia, como faz para limpar a cânula. Os familiares, não só o paciente, a gente tenta chama os familiares também para explicar [...]. (P5)

Para Mattos (2004) e Peduzzi et al. (2011), o planejamento do cuidado de forma multiprofissional é uma ferramenta que vem sendo adotada pelas equipes de saúde com o propósito de minimizar o efeito dos processos da hiperespecialização. Campos e Domitti (2007), Silva et al. (2011) salientam que o aprofundamento do conhecimento em áreas específicas pode não contemplar ao mesmo tempo a articulação das ações e dos saberes, caso o trabalho não seja realizado de forma interdisciplinar.

Desta forma, o exercício do trabalho interdisciplinar que depende da tomada de decisões de forma compartilhada (CAMPOS, DOMITTI, 2007), tem auxiliado para melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional, a fim de possibilitar maior resolutividade dos problemas levantados; contribuindo para a atenção humanizada e integral ao usuário, bem como para a efetivação dos princípios do SUS (MALTA e MERHY, 2010; BRASIL, 2011; TADDEO et al., 2012). Esse raciocínio pode ser verificado no relato de P2 e P3:

[...] a gente sabe qual é a nossa visão profissional, mas tem pouca noção da visão do outro [...]. Têm alguns profissionais, algumas áreas que tu tem bastante contato porque que eles tão direto ali, como a enfermagem. Mas

tem os outros profissionais que tem uma passagem pela Unidade em turnos diferentes [...] Eu aproveito que a enfermagem é a que mais fica no andar, eu passo para eles a informação e deixo que levem adiante. (P2)

Comunicação, melhorar a comunicação de toda a equipe. Eu considero uma comunicação boa da nutrição com a fono, pelo menos, da minha parte. Mas a parte médica que muitas vezes não participam dos rounds da clínica de cabeça e pescoço, a gente tem que chamar. Para nós é uma coisa importante, para saber o plano do paciente é importante para todos. (P3)

No que se refere ao trabalho em saúde, especificamente, na questão da valorização de outros núcleos profissionais, Peduzzi (2001) coloca que a visão médico hegemônico ou centrado, acaba por diminuir o reconhecimento das atuações dos outros profissionais da saúde.

Por esse motivo, a realização do trabalho multiprofissional auxilia na maior valorização dos outros profissionais e melhora a integração entre a equipe na medida em que o trabalho é idealizado na busca de consensos acerca da finalidade e da forma de executar as ações (MATOS, PIRES e CAMPOS, 2009) Tais aspectos podem ser verificados nos relatos dos entrevistados que seguem.

[...] eu sempre procuro, médico, residente, enfermeiro, fono, até fisioterapeuta, mas todos os profissionais quando eu preciso ou tenho alguma dúvida, eu procuro. (P3)

Aqui, a gente está agora com a residência multiprofissional, a gente está sendo bem assistido até por vocês, da multiprofissional. As gurias da nutrição, fisioterapia respiratória, enfim. Então tem um baita apoio pra gente. (P5)

A criação de espaços específicos para a realização de encontros de equipe é um dos dispositivos da clínica ampliada que apresenta como principal objetivo realizar a discussão dialógica sobre a atuação e as condutas dos vários profissionais que atuam com os usuários, pois é nesse momento que ocorre a construção e a articulação da intervenção (MATTOS, 2004; CAMPOS, AMARAL, 2007; BRASIL, 2009). Os trechos das entrevistas de P1 e P2 vão ao encontro do exposto acima.

Eu acho um ótimo momento assim para gente discutir dentro da interdisciplinaridade com vários profissionais, trocar experiências e tentar resolver da melhor forma assim, o tempo que ele fica aqui, o tratamento e enfim [...]. P1

Acho extremamente vantajoso, porque é que me dá o contato com quem realiza a operação, com quem está fazendo a parte clínica, com quem faz

os cuidados, com quem é responsável pela parte nutricional, por quem vai depois avaliar se esse paciente pode iniciar a dieta ou não... Eu não sei a quem correr, nesses rounds tu descobre: então é com você que eu tinha que ter falado [...]. (P2)

Percebe-se que alguns dos recursos utilizados para a realização do cuidado ampliado e humanizado em saúde estão sendo postos em prática pelos profissionais entrevistados que atuam no ambiente hospitalar com os usuários de neoplasia de cabeça e pescoço. Entretanto, para a continuidade do cuidado e prática da integralidade, entende-se que se faz necessário a realização do contato efetivo pelos diferentes níveis de atenção que o usuário percorre na rede de saúde, estabelecendo dessa forma um vínculo de comprometimento entre os diferentes atores que compõem a assistência (MENDES, 2011).

Percepção da Rede de Saúde

A rede de atenção à saúde utiliza-se da divisão de diferentes níveis de atenção com densidades tecnológicas específicas como tentativa de ofertar uma atenção contínua e integral a população (MENDES, 2010). No entanto, a estruturação da rede de atenção à saúde apresenta muitos “nós” críticos que dificultam o acesso dos usuários, à clínica especializada, agravando ainda mais os casos (SILVA et al., 2011). Esse fato pode ser percebido nos trechos de P2, P4 e P5.

A maior parte dos pacientes que nós recebemos são cirurgias paliativas, pois ele já chega num estado avançado da doença, na qual se sabe que a cirurgia não vai ser curativa porque já metastisou [...] O sistema de saúde básica, deveria fazer detecção precoce, porque, aparentemente aqui tudo é regional, então, você tem que encaminhar o paciente pra sua região, mas na região não tem disponibilidade de leitos, existem poucos leitos [...]. (P2)

A maioria vem desconhecedores da sua patologia, eles vêm muito mal assistidos e orientados da unidade básica, muito deles sem diagnóstico, e uma grande parte infelizmente vem em estágio avançado de câncer de cabeça e pescoço [...] não conseguem ser percebidos no local de [...] fora a engrenagem da própria unidade básica e a secretaria de saúde e coordenadoria né, porque eles ficam em filas esperando [...]. (P4)

[...] ele vai ao posto de saúde já atrasado, aí o médico encaminha via Secretaria de Saúde, que demora mais 6 meses, daí já dá 1 ano e 2 meses, daí já dá 3 meses a mais, daí já tá um caos, quando tu vê já tem base de língua acometida e já tem um linfonodo comprometido [...] eu acho que

então vem lá da base, na realidade da própria falta de informação pro paciente [...]. (P5)

A contrarreferência para atenção básica após a realização do procedimento no ambiente hospitalar, sempre que possível, deve ser realizada com vistas à articulação dos diferentes níveis de atenção, melhorando a qualidade da rede de saúde à população (BRASIL, 2004; MENDES, 2011). De acordo com Malta e Merhy (2010) há muitas lacunas neste processo assistencial, baseado em procedimentos fragmentados e serviços desvinculados, o que pode interferir na realização do cuidado integral. Essa perspectiva fragmentada pode ser identificada nos relatos dos entrevistados.

[...] diria que os pacientes de cabeça e pescoço são praticamente um casamento com a gente. Vínculo sempre, ele vai, mas volta, eles ficam muito dependentes. A unidade básica quando tem estrutura não quer atender, eu to sendo bem radical, eles nem mexem quando é paciente da cabeça e pescoço. (P4)

Eles já saem daqui mais ou menos orientados, como se faz o cuidado pós-operatório. Se a gente acha necessário, a gente liga pro Posto de Saúde e passa o paciente pro Posto de Saúde, pra ter um acompanhamento no Posto, de higiene, acompanhamento curativo, e acompanhamento ambulatorial. (P5)

O usuário com neoplasia de cabeça e pescoço após a realização do tratamento no ambiente hospitalar necessita de cuidados específicos que não necessariamente precisam ser realizados no hospital, podendo ser realizados nos serviços de apoio – redes de atenção básica. A fim de garantir a continuidade da atenção torna-se necessário a realização da transferência do cuidado dos profissionais do nível terciário para o nível primário de atenção (MENDES, 2011); sendo que tal estratégia auxilia no estabelecimento do vínculo com os profissionais que atuam na atenção básica, bem como no fortalecimento da rede de saúde baseada nos diferentes níveis de atenção.

No entanto, quando a transferência do cuidado não ocorre de forma adequada, o sistema de atenção à saúde fica fragmentado, não sendo possível prestar atenção contínua e integral ao usuário (MENDES, 2010). Percebe-se no presente estudo, que os profissionais entrevistados possuem consciência que a transferência não ocorre da forma preconizada, sendo justificado por motivos como

a falta de tempo e a não responsabilização da unidade básica pelo cuidado. Os trechos de P1 e P4 expressam esta ideia.

Em função do tempo que a gente tem e dependendo da demanda do serviço. A gente tenta o máximo possível fazer essa transferência para a unidade básica, mas no meu turno é difícil... Pacientes da cabeça e pescoço a gente geralmente orienta já o familiar na internação como é que manuseia uma traqueostomia metálica, como é que lava, como higieniza, quais são os procedimentos [...] a gente tenta o maior possível número de vezes fazer essa transferência, mas é muito pouco. (P1)

[...] contato com a unidade básica vou te ser bem sincera, na maioria das vezes não, até pelo dia a dia da rotina que a gente tem, a gente escreve, muitas vezes, é escrito no receituário, o residente se encarrega de entrar em contato. O que a gente fala muito é com o paciente e com o familiar, olha, tem que cuidar disso e aquilo, ou então, se faz um relatório pra unidade dizendo como deve ser feito [...]. (P4)

Para Campos e Domitti (2007), a tendência à descontinuidade e a fragmentação do cuidado acentuam-se quando a intervenção depende de mais de um serviço integrante do sistema de saúde.

Diante do exposto, percebe-se que a realização da transferência do cuidado pode ser uma estratégia para o fortalecimento da rede de saúde nos diferentes níveis de atenção (MENDES, 2011), trazendo benefícios aos usuários, como é o caso dos acometidos por neoplasia de cabeça e pescoço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela longevidade e agressividade do tratamento do câncer de cabeça e pescoço entende-se a necessidade das políticas de atenção à saúde preconizarem a integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção que o usuário percorre na rede de saúde, estabelecidas pela linha de cuidado (SILVA et al., 2011; MENDES, 2011).

No intuito de verificar como ocorre a atenção à saúde dos usuários no SUS, e pela carência de estudos sobre o tema, o presente trabalho teve por objetivo, analisar a percepção sobre dispositivos da clínica ampliada e rede de atenção à saúde de profissionais que atuam numa unidade de internação cirúrgica com usuários acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço.

Os resultados obtidos através da categorização não *a priori* trouxeram informações importantes e necessárias a fim de promover a reflexão sobre a responsabilização dos multiprofissionais da saúde acerca dos dispositivos da clínica ampliada e no fortalecimento da rede de saúde.

No que se refere à primeira categoria, “conhecimento da especialidade de cabeça e pescoço”, percebe-se que a maioria dos entrevistados não possui especialização para esta área. No entanto, o tempo de experiência prática é visualizado como estratégia para identificação das especificidades destas patologias, além de auxiliar na segurança profissional para o cuidado dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço.

Em relação à segunda categoria, “dispositivos para clínica ampliada”, foi possível observar a preocupação por parte dos profissionais entrevistados em empoderar os usuários quanto ao diagnóstico e tratamento. Outro ponto importante está relacionado a realização das orientações pré e pós-operatórias sobre a doença, as quais parecem nem sempre ocorrerem de forma multiprofissional, estabelecidas com ênfase no cuidado integral. Entretanto, estratégias para o fortalecimento e valorização do trabalho em equipe estão sendo postas em prática, como a realização de discussão de casos e tomada de decisão de forma multiprofissional, o que indica um avanço para a efetivação da clínica ampliada.

No que diz respeito a terceira e última categoria, “percepção da rede de saúde” pode-se verificar que a rede de atenção à saúde encontra-se fragmentada,

tanto pela burocratização do sistema de saúde, quanto pelos encaminhamentos inadequados, o que implica no aumento do tempo de espera e agravo da doença. Além disso, ficou evidente a diminuição da corresponsabilização dos profissionais na transferência do cuidado e a dificuldade de comunicação com os outros níveis de atenção.

Diante do exposto, percebe-se que ainda há necessidade de efetivação dos aspectos da clínica ampliada, principalmente, quanto à valorização da interdisciplinaridade e trabalho em equipe na atenção aos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço. Associado a isso, a necessidade e o fortalecimento da rede de saúde através da responsabilização dos multiprofissionais e estabelecimento da comunicação entre os níveis de atenção parece ser um ponto que deve ser intensificado a fim de consolidar a integralidade da atenção em todo o percurso do usuário (MENDES, 2011).

No que se refere à contribuição deste estudo, evidencia-se que a realização do mesmo auxiliou na ampliação do conhecimento acerca dos dispositivos da clínica ampliada e na rede de atenção à saúde relacionada a usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, possibilitando a compreensão dos pontos limitantes das estratégias que visam à integralidade do cuidado.

Em relação às limitações da presente estudo, aponta-se o número limitado de profissionais entrevistados atuantes com usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, o que impossibilita a generalização dos resultados.

Como sugestão para estudos futuros a fim de melhor compreender as questões aqui abordadas, sugere-se a realização de estudos com um maior número de profissionais, envolvendo inclusive os de nível médio a fim de identificar características similares e/ou divergentes, nos diferentes contextos profissionais e de atuação, contribuindo dessa forma, para o entendimento de como ocorre à assistência dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço.

REFERÊNCIAS

ANGELIS, E. C; BANDEIRA, A. K. C. Qualidade de vida em deglutição. In: JOTZ, G. P; ANGELIS, E. C; BARROS, A. P. B. **Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. cap. 58. p. 364-68.

ANTONELLO, C. S; GODOY, A. S. **Aprendizagem organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

AUTÉS, M. As metamorfoses do trabalho social. In CHOPART, J.N. (Org.). **Os novos desafios do trabalho social: dinâmicas de um campo profissional**. Porto: Porto, 2003.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEHLAU, M. et al. Disfonias por câncer de cabeça e pescoço. In: BEHLAU, M. **Voz, o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. cap. 11. p. 213-67.

BRASIL. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011).

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 60: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n.4, p. 849-59, 2007.

HAIR, J. F; BABIN, B; MONEY, A. H; SAMOUEL, P. **Fundamentos de Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p.

KOWALSKI, L. P; CARVALHO, A. L; VARTANIAN, J. G. Tumores da cavidade oral e orofaringe. In: JOTZ, G. P; ANGELIS, E. C; BARROS, A. P. B. **Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. cap. 28. p. 188-200.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LIMA, M. A. G; BARBOSA, L. N. F; SOUGEY, E. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. **Rev. SBPH**. v. 14, n.1, p. 18-40, 2011.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic inquiry**. Londres: Sage, 1985.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p. 593-605, 2010.

MARCECA, M; CICCARELLI, S. **Crônico. Care**. v. 3, p. 32-6, 2007.

MATOS, E; PIRES, D. E; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**. v. 62, n. 6, p. 863-9, 2009.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 549.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S. **O cuidado em situações de alteração da imagem facial: implicações na formação da enfermeira**. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2010.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S; PEDRO, E. N. R. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 31, n. 1, p. 100-7, 2010.

NEMR, K; FURIA, C. L. B. Câncer de cabeça e pescoço. In: REHDER, M. I; BRANCO, A. **Disfonia e Disfagia:** interface, atualização e prática clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. cap. 5. p. 93-118.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública.** v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. Metodologia da Pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SILVA, A. C; ABRAHÃO, V; RUDNICKI, T. Interrelação entre qualidade de vida e adequação social em laringectomizados. **Rev. SBPH.** v.11, n. 2, p. 17-30, 2009.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, (Supl. 1), p. 1457-65, 2011.

SILVA, S. F; MAGALHÃES JR, H. M. Rede de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO, G et al. e SILVA, S. F [organizador]. **Rede de atenção à saúde no SUS:** o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. São Paulo: CONASEMS, 2008. c. 2, p. 69-86.

SOMMERFELD, C. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.** v. 41, n. 4, p. 172-77, 2012.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 11, p. 2923-30, 2012.

APÊNDICE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E
ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA- HUSM**



**APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO HUSM**

Entrevistado: P-_____ Idade: _____ Sexo: () M () F Data: ___/___/___

Profissão: _____ Tempo de Formação: _____

Tempo de trabalho nesta unidade: _____

Na sua unidade de atuação você costuma assistir pacientes da clínica cabeça e pescoço?

Como você se sente prestando assistência aos usuários desta clínica?

Você se sente preparada para assistir esses pacientes?

Você costuma participar de alguma prática na sua unidade, que esteja relacionada ao paciente de cabeça e pescoço?

Você realiza alguma orientação pré-operatória a estes pacientes?

Que tipo de orientações?

E como você percebe que este paciente recebe essas orientações?

Comente algo que você considere importante em relação a melhorar a condução dos casos de pacientes da clínica de cabeça e pescoço.

**ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Prezado(a) Sr (a):

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada: **Regulação do fluxo assistencial: “nó crítico” na busca da integralidade**, aprovado sob o número 06493312.3.0000.5346, que se realizará na residência e município do usuário e também junto à unidade básica de saúde de referência deste, além da clínica de cabeça e pescoço do HUSM com os profissionais responsáveis pelo cuidado.

Os pesquisadores garantem que serão esclarecidas todas as dúvidas acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa antes que você decida participar. Além disso, salienta-se que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

O objetivo principal deste estudo é analisar como ocorre a regulação assistencial do portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde – SUS com a finalidade de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde contribuindo para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário proposto pelos pesquisadores, o qual abordará informações sobre como ocorre o processo de assistência ao usuário portador de agravos de cabeça e pescoço na unidade de internação, bem como a percepção do profissional quanto a linha de cuidado.

Salienta-se que esta pesquisa trará risco mínimo para você, pois poderá sentir um leve desconforto devido ao tempo disponibilizado para responder, aproximadamente 45 minutos e, além disso, ressalta-se que não haverá custo nem compensação financeira caso concorde em participar da pesquisa. Sua participação não resultará em danos físicos ou morais, entretanto, poderá sentir algum desconforto emocional ao responder o questionário.

Espera-se com esta pesquisa, contribuir para a melhor compreensão sobre o processo de regulação assistencial do portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no SUS a fim de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando seus resultados forem divulgados sob qualquer forma. Os dados coletados serão mantidos em arquivo confidencial, sob a responsabilidade dos pesquisadores por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria,....dede 2012.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura

R.G.

ANEXO 2- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Regulação do fluxo assistencial: “nó crítico” na busca da integralidade

Pesquisador responsável: Jucelaine Arend Birrer

Instituição/Departamento: Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Centro de Ciências da Saúde/UFSM

Telefone para contato: (55)3220.9678

Local da coleta de dados: HUSM e municípios de maior incidência de neoplasia de cabeça e pescoço, dos quais o mesmo é referência para o atendimento.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos usuários e profissionais cujos dados serão coletados no hospital e municípios de origem que o HUSM é referência para o setor de neoplasia de cabeça e pescoço, por meio da aplicação de questionários, para analisar como ocorre a regulação assistencial do portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde – SUS, com a finalidade de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde, contribuindo para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala da secretaria da Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional, Prédio Anexo ao Prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde por um período de 5 anos sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Jucelaine Arend Birrer.

Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 19/09/2012, com o número 06493312.3.0000.5346 do CAAE.

Santa Maria, de Outubro de 2012.

Enf^a. Msd^a Jucelaine Arend Birrer