

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E  
ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CRÔNICO-DEGENERATIVO**

Deise Janice de Sousa Trindade

**CONTRARREFERÊNCIA: DESAFIO PARA EFETIVAÇÃO DA  
INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS COM  
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Santa Maria, RS  
2016



**Deise Janice de Sousa Trindade**

**CONTRARREFERÊNCIA: DESAFIO PARA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE  
DA ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de Monografia de Especialização apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista.**

Orientadora: Sheila Kocourek

Santa Maria, RS  
2016

**Deise Janice de Sousa Trindade**

**CONTRARREFERÊNCIA: DESAFIO PARA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE  
NA ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de Monografia de Especialização apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista.**

**Aprovado em 15 de abril de 2016:**

---

Sheila Kocourek, Dr<sup>a</sup>.  
(Presidente/Orientadora)

---

Aliende Lengler Abentroth, Esp. (UFSM)

---

Marcia Aparecida Penna, Esp. (UFSM)

---

Tainá Bianca Wendt Kruger, Esp. (UFSM)

Santa Maria, RS  
2016

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha mãe, **MARLENE**,  
por exercer seu dom de ser mãe sem medir esforços,  
pelo amor e apoio incondicional nesta longa caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

*À minha mãe... não existem palavras que traduzam o amor que eu sinto por você. Te Amo!*

*À minha Vó Florestina (in memoriam)... pelo amor e incentivo mesmo estando prejudicada pelo Alzheimer;*

*À minha família... por me motivarem a continuar e pela presença constante em todos os momentos;*

*À minha orientadora Jucelaine Arend... pelos ensinamentos, conhecimento socializado, atenção, cuidado, compreensão diante das minhas queixas e apoio nos momentos mais difíceis enquanto residente;*

*À amiga especial Aline Brum... pela amizade simplesmente verdadeira. Você foi um grande – bem grande – presente que eu ganhei nessa vida. Obrigada pelo carinho, paciência e incentivo; pelo respeito e confiança que permeiam nossa amizade;*

*À minha amiga Vanessa Ré... pela amizade construída, pelos momentos de distração, pelas conversas, aprendizados e incentivos. Tenha certeza que os momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal, muito facilitaram a permanência na residência e a conclusão deste trabalho;*

*Às minhas colegas de grupo Vanessa Ré, Andressa Goulart, Karin Landrino... pela certeza do apoio incondicional de vocês e nossa “parceria” me conferem vivências de grande prazer, bem como a certeza de que “tudo vai dar certo”;*

*À minha querida preceptora Taís Flores Boezzio... por compartilhar comigo um pouco de todo o seu conhecimento, por me ensinar a trilhar os caminhos e por me trazer segurança para seguir em frente; você é um exemplo para mim, tanto como profissional quanto como pessoa!*

*Ao Médico Aliende... pela tua compreensão e disposição em socializar experiências e saberes, proporcionando um aprendizado humano e profissional. Com certeza teu trabalho competente e humanizado é imperativo para a consolidação do Sistema Único de Saúde digno a todos os usuários que dele necessitam;*

*Aos colegas de Residência... pelas experiências vividas e compartilhadas;*

*À toda equipe multiprofissional da Sala de Recuperação Anestésica, Bloco Cirúrgico, Endoscopia e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa*

***Maria (HUSM)...** por terem me proporcionado conhecimento, um espaço de afeto e acolhida tornando-se essenciais no meu preparo profissional durante a Residência, obrigada pelos ensinamentos;*

***À banca examinadora, Aliende Lengler Abentroth, Márcia Penna e Tainá Kruger,** pela disponibilidade de participar e pelas contribuições acerca da monografia.*

***À Deus...**por me acompanhar e abençoar cada passo na minha vida!*

## **RESUMO**

### **CONTRARREFERÊNCIA: DESAFIO PARA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

AUTORA: Deise Janice De Sousa Trindade

ORIENTADORA: Sheila Kocourek

Este trabalho tem como objetivo descrever o sistema de contrarreferência no processo saúde-doença na percepção dos usuários portadores de Câncer da Cabeça e Pescoço e, elaborar uma proposta de roteiro assistencial que contemple ações para efetivar a contrarreferência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturada com 15 usuários pós-tratamento cirúrgico de câncer de cabeça e pescoço no Hospital Universitário de Santa Maria-RS. Pode-se identificar que contrarreferência é ineficiente já que a continuidade do cuidado apresenta fluxos fragmentados, com lacunas evidenciadas pela falta de comunicação entre os níveis de atenção, ausência de vínculo e autonomia dos usuários e retenção dos usuários no nível terciário. Propôs-se neste estudo uma reformulação no mecanismo integrador de contrarreferência entre os níveis de atenção a saúde.

Palavras-chave: Integralidade. Contrarreferência. Câncer de Cabeça e Pescoço. Usuário.

## **ABSTRACT**

### **COUNTER-REFERENCE: CHALLENGE FOR EFFECTIVE ON THE COMPLETENESS IN ASSISTANCE TO USERS WITH HEAD AND NECK CANCER**

AUTHORESS: Deise Janice De Sousa Trindade  
ADVISOR: Sheila Kocourek

This paper aims to describe the counter-reference system in health and disease process in the perception of carriers users of Cancer of the Head and Neck and, draft a roadmap care that includes actions to effectuate the counter-reference. This is a qualitative and descriptive research. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 15 users after surgical treatment of head and neck cancer at the University Hospital of Santa Maria-RS. It is possible to identify that counter-reference is inefficient as the continuity of care has fragmented flows, with shortcomings highlighted by the lack of communication between the levels of attention, lack of bond and autonomy of users and retention of users at the tertiary level. It is proposed in this study an overhaul in the integration mechanism of counter-reference among health care levels.

Keywords: Completeness. Counter-reference. Head and Neck Cancer. User.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	20-22
Figura 1- Fluxo de contrarreferência tradicional.....	29-30
Figura 2- Proposta de fluxo para a contrarreferência.....	32

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A- Entrevista Semiestruturada.....	39
Apêndice B- Folder educativo.....	41
Apêndice C- Proposta de Documento de Contrarreferência.....	42
Apêndice D- Proposta de documento de CHECK LIST para alta hospitalar.....	43

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP.....	44
Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	47

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Objetivo geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Local da Coleta.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Coleta e processamento dos dados.....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>19</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Contrarreferência como mecanismo para integralidade do cuidado.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3 Proposta de um modelo-técnico assistencial de contrarreferência.....</b>	<b>29</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE B- FOLDER EDUCATIVO.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE C- PROPOSTA DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA.....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE D- PROPOSTA DE DOCUMENTO DE CHECK LIST PARA ALTA HOSPITALAR.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o intuito de promover acesso universal e igualitário, conforme o artigo 198 da Constituição Federal. Constitui-se pelo conjunto das ações e de serviços de saúde, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas firmado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da população (BRASIL, 2011).

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde- LOS 8080/90, em uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, a integralidade da atenção depende de mecanismos que orientem os usuários nos diversos níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde (DAY, 2013). Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (BRASIL, 1990).

Para tanto, o Ministério da Saúde lançou em 2010 a portaria nº 4.279 oficializando as “Diretrizes para a organização das Redes de Atenção a Saúde -RAS- no âmbito do SUS”. Conceituando RAS (BRASIL, 2010) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A implementação das RAS vem como uma proposta de superar um modelo burocrático e hierárquico hegemônico transitando para um sistema integrado de saúde conformado em redes. Segundo Mendes (2010) as RAS incluem três elementos fundamentais: uma população sobre a qual tem responsabilidade sanitária e econômica, uma estrutura operacional que composta de um centro comunicador que é a atenção primária a saúde- APS; de pontos de atenção à saúde secundário e terciário; dos sistemas de apoio; dos sistemas logísticos; do sistema de governança e um modelo de atenção à saúde visando as situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde.

No Brasil, em função da fragmentação do sistema de atenção à saúde e da fragilidade da APS em coordenar a continuidade do cuidado intercambiando os fluxos e os contra fluxos do sistema de atenção à saúde, há uma restrição às intervenções na perspectiva do cuidado especializado, sem integração entre os níveis de atenção. Para Menozzi (2013) um dos elementos para a integração das redes de saúde é um

efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.

O usuário, quando necessário, é “referenciado” para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo necessita ser contrarreferenciado, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja realizada, comumente o nível primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (BRASIL, 2011), ou comumente chamada unidade de referência.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011). Seguindo o raciocínio o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Essas portas de entrada das RAS são os serviços de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto.

Neste decreto, assegura-se a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região, sendo os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, referenciados pelas portas de entrada.

Segundo Pontes et al. (2009), na utilização do sistema de referência e contrarreferência quanto mais estruturado for o fluxo entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e eficácia e sua não efetivação pode ser considerada uma deficiência importante no contexto do SUS, já que compromete a qualidade e continuidade da assistência prestada. Apesar do sistema de referência e contrarreferência possuírem um papel muito importante na integralidade da atenção, é pouco desenvolvido no cenário nacional (FRATINI, SAUPE E MASSAROLI, 2008; MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011).

Neste contexto, encontram-se os usuários portadores de Câncer de Cabeça e Pescoço-CCP, os quais na maioria das vezes apresentam lesões precursoras bem definidas e visíveis, mas, mesmo assim uma grande parcela dessa população procura

ajuda médica já em estágios avançados da doença. Segundo Chagas e Magna (2007), o atraso mais comum costuma ser no acesso ao serviço especializado, devido atraso do paciente em procurar atendimento médico ou odontológico após início dos sintomas, e retardo no encaminhamento ao adequado serviço especializado.

Silva, Leão e Scarpel (2009), afirmam que dentre as modalidades de tratamento do câncer de cabeça e pescoço encontram-se a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, associadas ou não. Dependendo das áreas atingidas e da cirurgia reparadora, os indivíduos podem apresentar alterações orgânicas e funcionais, como dificuldades na mobilidade e desempenho das estruturas e funções, assim como alterações da imagem facial.

Ressalte-se que essa temática tem relevância contemporânea e operacional, considerando dados recentes do Instituto Nacional do Câncer- INCA (2016), de que no Brasil, estima-se 7.350 novos casos por ano de câncer de laringe e 15.490 de câncer na cavidade oral. Para Ferreira et al. (2013), no período de 2000 a 2008, os sítios de doença mais comuns foram a cavidade oral (46,9%), laringe (23,3%) e orofaringe (18,5%), com doença diagnosticada predominantemente em estágios avançados.

Segundo Curado e Boyle (2013), o CCP inclui uma variedade de tumores que acometem a cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais, tireoide e glândulas salivares sendo mais frequentes em homens, onde os principais fatores de risco estabelecidos são o uso de tabaco, o consumo de álcool e a infecção pelo vírus do Papiloma humano (HPV).

No ano de 2015, foi publicada a portaria nº 516 que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. Esta portaria traz o conceito geral de câncer de cabeça e pescoço, critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. Esta contempla a identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dando à Atenção Primária a Saúde (APS) um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (BRASIL, 2015).

Segundo Alcantara et al. (2014) os serviços de saúde, especialmente APS, têm a possibilidade de atuar na identificação das condições de vida e dos determinantes sociais dessa população, que interferem no processo saúde-doença para, a partir daí, mobilizar os usuários e a família no sentido do encaminhamento aos recursos de maior

complexidade e densidade tecnológica a fim de um correto diagnóstico, tratamento e reabilitação. Da mesma forma a contrarreferência do usuário ambulatorial/hospitalar para a atenção primária contribui para a integralidade do cuidado, pois promove a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade, garantindo a continuidade da assistência.

Neste cenário, segundo Santos et al. (2012), o enfermeiro tem um papel essencial atuando junto à clientela com câncer de cabeça e pescoço, desempenhando seu papel com competência técnico-científica e habilidades sociais próprias da arte do cuidado, visando à promoção do bem-estar e a restauração do equilíbrio das dimensões corporais físico, mental e espiritual.

Sendo assim, é comum em muitas instituições, o enfermeiro ser o responsável por fazer o elo entre os demais profissionais que atuam nessa fase do cuidado do paciente, assim como pela garantia da qualificação da alta hospitalar. Apesar da centralização desse processo na enfermagem ser comum, Moreno et al (2013) enfatiza que deve ocorrer de forma multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de ampliar as visões que orientam a decisão sobre a saída e a transferência do cuidado hospitalar do usuário para outros pontos de atenção da rede.

Diante disso, este estudo abordará a temática da contrarreferência dos usuários portadores de câncer de cabeça e pescoço no âmbito de SUS, sendo que a motivação para escolha do assunto se deu a partir da experiência durante a realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ao realizar as orientações para alta hospitalar desses usuários, percebeu-se que a realidade de muitos ia de encontro às limitações e até mesmo incapacidades de realizar em domicílio os cuidados para uma efetiva recuperação. Muitos não compreendiam as orientações fornecidas e/ou tampouco tinham recursos financeiros para custear os gastos com materiais e medicações.

Diante disso, a busca por meios que garantam a integralidade do cuidado a esses usuários após retorno ao domicílio, despertou o interesse de fomentar esta temática da contrarreferência no intuito de contribuir com mudanças na organização e nas práticas assistenciais dos serviços de saúde.

Diante do exposto, objetivou-se descrever o sistema de contrarreferência no processo saúde-doença na percepção dos usuários portadores de Câncer da Cabeça e Pescoço e, elaborar uma proposta de roteiro assistencial que contemple ações para efetivar o contrarreferência.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho configura-se como um recorte integrante do projeto de pesquisa matriz intitulado “Regulação do fluxo assistencial a pacientes com câncer de cabeça e pescoço: “nó crítico” do SUS”, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da UFSM iniciado no ano de 2012, com o número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 06493312.3.0000.5346 **(ANEXO A)**.

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo. Para Minayo (2015), a pesquisa de natureza qualitativa possibilita “desvelar” processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação final, proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

### 2.1 LOCAL DA COLETA

Este estudo teve como cenário o Hospital Universitário de Santa Maria- HUSM, que é referência em atendimentos de alta complexidade para 32 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul sendo, exclusivamente, Sistema Único de Saúde-SUS. Como um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a instituição atua como hospital de ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

### 2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários com câncer de cabeça e pescoço que estavam em acompanhamento no ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria - RS da especialidade cabeça e pescoço.

Solicitou-se ao setor de Estatística do HUSM a relação dos nomes de todos os usuários tinham passado por procedimento cirúrgico da Cabeça e pescoço no período delimitado de janeiro de 2014 a julho de 2015. Como na listagem fornecida não

constava o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, as pesquisadoras, de posse da relação dos nomes, consultaram todos os prontuários e o Sistema de Informação para o Ensino-SIE. Assim, identificou-se 40 usuários pós-cirúrgicos de câncer Cabeça e pescoço.

Atentando ao critério de saturação de conteúdo foi entrevistado um total de 17 usuários. Porém por dificuldade de entendimento do áudio de duas entrevistas, as mesmas foram excluídas, totalizando 15 usuários.

Critérios de inclusão:

- Diagnóstico histopatológico confirmado de câncer de cabeça e pescoço;
- Maiores de dezoito (18) anos;
- Estar em acompanhamento ambulatorial pós-tratamento cirúrgico;
- Condição cognitiva satisfatória;
- Assinatura do TCLE;

Critérios de Exclusão:

- Não enquadramento em algum dos critérios acima descritos;

### 2.3 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturada (**APÊNDICE A**) com questões semiabertas, que foram gravadas e transcritas para análise. As entrevistas foram realizadas nas dependências no ambulatório da especialidade cabeça e pescoço, no período de abril a setembro de 2015. Foram realizadas com auxílio de um gravador digital, utilizado mediante a autorização do usuário.

As entrevistas foram transcritas e lidas para apreensão inicial do conteúdo agrupando conforme os eixos temáticos predefinidos: Acolhimento, Educação em Saúde e Contrarreferência. Neste estudo será abordado o eixo temático Contrarreferência, o qual tem significativa importância na organização gerencial dos serviços de saúde, sendo imprescindível para o estabelecimento da continuidade da assistência.

Os dados foram submetidos à análise temática segundo Minayo (2015), uma das modalidades da análise de conteúdo, fundamentada na regularidade das

afirmações, denotando, dessa forma, estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes ou subjacentes nos depoimentos.

## 2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos do estudo, do caráter voluntário da participação e da garantia do anonimato. Também foram orientados de que os dados por eles informados seriam utilizados para fins científicos e em seguida, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**ANEXO B**).

Para preservar a identidade dos participantes desta pesquisa, as falas foram identificadas pela letra E (Entrevistado), seguidas de números arábicos, conforme a ordem em que as entrevistas eram realizadas.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta parte do estudo está organizada sob a seguinte sequência: apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa, logo em seguida a descrição da análise do eixo temático “contrarreferência como mecanismo para integralidade do cuidado” e pôr fim a proposta de um modelo-técnico assistencial de contrarreferência,

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa foram constituídos de 15 usuários portadores de câncer de cabeça e pescoço. O Quadro 1 apresenta a caracterização dos sujeitos.

Quadro 1- Caracterização sujeitos da pesquisa

Usuário	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Domiciliado	Diagnóstico	Cirurgia	Cirurgia Dispositivos Cuidados	Fatores de Risco	Comorbidades prévias
E1	62	F	Viúva	Do lar	3ª série ensino fundamental	Zona urbana	CEC de língua	Maio 2014	Glossectomia parcial SNE	Fumicultora Nega etilismo e tabagismo	HAS Dislipidemia Esteatose Hepática Doença Diverticular
E2	75	M	Casado	Aposentado	5ª série ensino fundamental	Zona Rural	CEC de laringe	Fevereiro 2014	Laringectomia parcial SNE Traqueostomia Curativo	Etilista	DM
E3	33	F	Solteira	Doméstica	7ª série ensino fundamental	Zona Urbana	Carcinoma Papilífero de tireóide	Abril 2015	Tireoidectomia total Curativo	Nega	Hipoparitimoidismo
E4	66	F	Viúva	Aposentada	5ª série ensino fundamental	Zona Rural	Carcinoma adenoide cístico	Maio 2014	Tireoidectomia total Curativo	Nega	HAS e glaucoma
E5	65	F	Viúva	Aposentada	3ª série ensino fundamental	Zona Urbana	Carcinoma sarcomatóide de hipofaringe	Fevereiro 2015	Faringectomia Esvaziamento Cervical Gastrostomia Traqueostomia Curativo	Nega	Nega
E6	46	M	Solteiro	Agricultor	4ª série ensino fundamental	Zona Rural	CEC de Lábio	Maio 2015	Ressecção de tumor lábio SNE Curativo	Ex-tabagista Ex-etilista Não faz uso de filtro solar	HAS DM DRC
E7	61	M	Divorciado	Mecânico	2º grau incompleto	Zona Urbana	CEC de Língua	Julho 2014	Glossectomia parcial SNE	Etilismo social	DM HAS Hipotireoidismo
E8	73	M	Casado	Aposentado	3ª série ensino fundamental	Zona Rural	CEC in situ cervical Esquerda	Maio 2014	Esvaziamento cervical radical Curativo	Ex-tabagista Não faz uso de filtro solar	Nega
E9	56	M	Divorciado	Serviços gerais-cervejaria	4ª série ensino fundamental	Zona Urbana	CEC Laringe	Julho 2015	Laringectomia parcial+ Esvaziamento Cervical SNE Traqueostomia Curativo	Etilista e Ex-tabagista	Nega
E10	62	M	Divorciado	Aposentado	2º grau completo	Zona Rural	CBC de pavilhão auricular Direito	Junho 2014	Exerese de tumor e enxerto	Ex-tabagista	Nega

									<i>Curativo</i>	Não usa filtro solar	
E11	68	F	Divorciada	Aposentada	1ª série ensino fundamental	Zona Rural	CBC em osso nasal	Junho 2014	Enucleação de órbita esquerda reconstrução com retalho <i>Curativo</i>	Nega	Nega
E12	72	M	Viúvo	Aposentado	4ª série ensino fundamental	Zona Rural	CEC seio piriforme	Junho 2014	Laringectomia parcial Esvaziamento cervical SNE Traqueostomia <i>Curativo</i>	Ex-tabagista /Ex-etilista	Nega
E13	60	M	Casado	Aposentado/ Agricultor	Ensino superior/ Contabilista	Zona Rural	CEC fossa nasal Esquerda	Março 2015	Maxilectomia resseção da mucosa SNE Traqueostomia <i>Curativo</i>	Ex-tabagista	HAS DM Dislipidemia
E14	62	M	Casado	Agricultor	5ª série ensino fundamental	Zona Rural	CBC conduto auditivo Direito	Dezembro 2014	Ressecção de tumor retromandibular Retalho e Esvaziamento cervical <i>Curativo</i>	Ex-tabagista	HAS
E15	62	F	Divorciada	Doméstica	2ª série ensino fundamental	Zona Urbana	Carcinoma Papilífero de tireóide	Dezembro 2014	Tireoidectomia total <i>Curativo</i>	Tabagista	Hipotireoidismo Depressão

Sexo: M-masculino F- feminino CEC: Carcinoma Espinocelular CBC: Carcinoma Basocelular DM: Diabetes Mellitus HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica DRC: Doença Renal Crônica SNE: sonda nasoenteral

**Fonte: Autora**

No que se refere ao perfil sociodemográfico se identificou que a maior parte dos usuários pertence ao sexo masculino o que corresponde a 60% dos entrevistados. A faixa etária prevalente foi entre 60 a 75 anos caracterizando uma população de idosos o que vem ao encontro do estudo de Alvarenga et al. (2008); Santos et al. (2012); Fernandes, Bergmann e Oliveira (2013). Dos entrevistados apenas um indivíduo encontrava-se na faixa etária menor que 40 anos.

Em consonância com a literatura evidencia-se neste estudo um número significativo de indivíduos com câncer de cabeça e pescoço (40%) do sexo feminino que segundo Alvarenga et al. (2008); Silva, Leão e Scarpel (2009) pode estar relacionado as mudanças no estilo de vida e conseqüentemente nos hábitos do uso de álcool e tabaco da população feminina que tem aumentado.

Dos sujeitos entrevistados, 87% apresentou grau de escolaridade baixa, com o ensino fundamental incompleto, que segundo Noce e Rebello (2008), revelam que quanto maior a instrução do usuário, menor a frequência do uso de tabaco e mais comum o diagnóstico de tumores em tamanhos menores, o que influencia, conseqüentemente, na capacidade de percepção da doença e tomada de decisão.

A maioria dos entrevistados relatou ser (ex) tabagistas e/ou (ex) etilistas, 67%, o que reforça a relação do consumo de álcool e fumo para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. Galbiatti et al. (2013), apontaram o tabagismo e o etilismo como principais fatores de risco para o desenvolvimento de tumores de cabeça e pescoço.

É relevante ressaltar que dentre os entrevistados não houve relatos e nem registros em prontuários que evidenciasse infecção por Papilomavírus humano (HPV), mas alguns estudos, Petito et al. (2015); Rautava e Syrjänen (2011), relacionam presença do HPV com o aumento do risco de surgimento de carcinomas de cabeça e pescoço, sendo maior risco na presença do genoma do HPV 16, considerado de alto poder cancerígeno. Segundo Gillison et al. (2008), os sujeitos que apresentaram HPV 16 positivo apresentaram associação de algumas características de comportamento sexual e consumo de maconha. Hashibe et al. (2005) constataram que o fumo de maconha contém substâncias químicas carcinogênicas como, por exemplo, o alcatrão, tido como fator de risco para câncer.

Houve predominância entre os entrevistados de domiciliados nas áreas rurais, 60%, o que, para Reis, Lima e Marchionni (1997), possibilita um maior risco de desenvolver CCP, podendo estar relacionado com hábitos regionalizados, com o uso

de fumo, etilismo e trabalho agropecuário sem proteção à radiação solar. As características geográficas e sócio-econômico-culturais exercem forte influência nas variáveis relacionadas à doença. Casati et al. (2012) afirmam que em regiões mais desenvolvidas a população tem maior acesso aos serviços de saúde, e também à principalmente à aplicação de exames preventivos e práticas para a detecção precoce.

Com relação às comorbidades prévias apresentadas, a diabetes mellitus (DM) se fez presente em 27% dos sujeitos do estudo. Goutzanis et al (2007), afirmam que a diabetes fator de risco para o câncer bucal e que indivíduos diabéticos do tipo 1 têm um risco mais elevado de desenvolver o câncer bucal do que a população em geral. Prevaleceu também neste estudo o relato de hipertensão arterial (HA), com 40% dos entrevistados. Para Souza et al. (2014) é a comorbidade mais frequente registrada em pacientes com câncer em geral, e sua incidência aumenta com o tratamento quimioterápico.

### 3.2 CONTRARREFERÊNCIA COMO MECANISMO PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A análise de dados evidenciou aspectos relevantes para a compreensão da problemática que envolve a contrarreferência dos usuários com câncer de cabeça e pescoço. No Hospital Universitário de Santa Maria onde foi realizada a presente pesquisa buscou-se realizar com os usuários portadores de neoplasias cabeça e pescoço, na unidade de internação clínica cirúrgica, uma produção do cuidado de maneira integral e interdisciplinar. Desenvolveu-se com estes indivíduos um trabalho pautado no acolhimento e vínculo desde sua internação até sua alta hospitalar buscando conectar esses protagonistas, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde.

A organização a partir do acolhimento dos usuários exige das equipes de saúde, tanto da Atenção Primária à Saúde (APS), das especialidades e da própria instituição que presta estes serviços, reflexão sobre o conjunto de ofertas que ela apresenta para lidar com as necessidades de saúde da população. É importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade deste; o que fazer de imediato; que outras ofertas de cuidado podem

ser necessárias. Dessa forma é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Sendo assim, após a alta hospitalar o usuário e sua família saem com os encaminhamentos descritos, orientações e esclarecimentos com relação aos cuidados no domicílio para que possam dar continuidade ao tratamento junto à equipe de saúde referenciada. Embora apresentem alívio e a felicidade de voltar para casa, refletem a insegurança e medo de ir para casa necessitando de cuidados especiais, os quais provocam mudanças no cotidiano que estavam habituados. Por isso é tão importante que cada usuário tenha relação de vínculo com sua equipe de referência na APS e seja acolhido pelos profissionais da saúde, especialmente no pós-alta hospitalar, podendo negociar as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades.

Nesse cenário, o suporte que os usuários necessitam da equipe de saúde de referência muitas vezes não é efetivo pela ausência de vínculo, perdendo a legitimidade de um serviço de saúde primário resolutivo. Esses sujeitos por vezes constroem uma imagem de que se está doente deve procurar o pronto atendimento ou hospital. E que só recorrem a APS para atividades programadas como se pode perceber no relato dos usuários.

*Às vezes quando eu preciso de remédio para gripe daí eu vou lá. (E 1)*

*Lá (na UBS) consultar não. Quando precisa da unidade é para trazer nós, tem o coletivo micro-ônibus, às vezes camionete, conforme precisa vir para o hospital. (E 2)*

*Só para tirar os pontos depois de 10 dias, e depois voltei com eles aqui no hospital. (E 4)*

Percebeu-se, por meio da vivência hospitalar, o quanto a ausência do vínculo com a atenção primária de saúde interfere na continuidade do cuidado. Quando há uma relação interpessoal entre os profissionais de saúde e os usuários, produz-se um vínculo permeado de confiança. Isso faz com que a contrarreferência seja facilitada e

efetiva, tornando-se evidente quando a atenção primária se torna o primeiro ponto de atenção procurado, a cada necessidade percebida.

Para Campos (2003), o vínculo é um recurso terapêutico que qualifica o trabalho em saúde. Depende tanto do movimento do usuário quanto da equipe de saúde, um duplo movimento nem sempre fácil de ser realizado. Este processo não é simples e, está na capacidade de a equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde daqueles que vivem em um dado território.

Na maioria das vezes não se consegue atender a todas as demandas dos usuários, mas pode-se construir um projeto de intervenção que tenha efeito terapêutico no sentido de amenizar as ansiedades. Sendo assim, são validas algumas possibilidades de intervenção prática, como por exemplo, práticas de vida saudável, atendimento interdisciplinar, envolver usuários, famílias e comunidade na produção de sua própria saúde; estimular o autocuidado; valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas. Tudo isso depende do vínculo entre equipe e usuário, proporcionando entendimento voltado às necessidades de cada indivíduo.

Nesse contexto, Cecílio (2001), relata que independente da complexidade do serviço de saúde, o cuidado realizado em equipe necessita estar atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes, bem como de outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não, mantendo o compromisso com a integralidade.

No estudo de Duarte, Costa e Mota (2008), grande maioria dos indivíduos recorreu imediatamente ao hospital, sem antes ter buscado auxílio em outro serviço. Desses 12,5% estavam recebendo acompanhamento da Equipe de Estratégia Saúde da Família de seu bairro/proximidades e 60% dos pacientes relataram não estarem sendo acompanhados por qualquer serviço de saúde, evidenciando que o vínculo e princípio da integralidade também não são desempenhados neste sentido.

Um dos meios de facilitação de vínculo é identificar profissionais que sirvam de referência e possam ser os responsáveis pelo seguimento dos cuidados. Em alguns depoimentos é possível perceber a existência de profissionais facilitadores do cuidado, seja o agente comunitário com quem tem confiança, pois convivem na mesma comunidade, seja com outro profissional de saúde da equipe. O alerta é para a necessidade de inserção social como cidadão ativo que se corresponsabilize pelo seu cuidado.

*Eu não fui até a unidade, mas elas (equipe da UBS) foram lá em casa porque foi encaminhado daqui do hospital e elas foram.*  
(E7)

*É muito raro eu ir ao posto, mas tem a visita da agente de saúde*  
(E8)

Associado a esta questão de vínculo e corresponsabilização, emergiu no relato dos sujeitos a problemática da descontinuidade do tratamento dispensado a eles em alguns municípios no que tange evido à falta de recursos a materiais, o que gera muitas dificuldades.

*[...] lá no meu município está tudo quebrado, não tem remédio, tem que comprar tudo, é difícil, às vezes fica lá “baixado”. Bom, agora está fechado [...]* (E 14)

Como se pode observar no Quadro 1, os usuários foram submetidos a procedimentos cirúrgicos e no pós-alta hospitalar necessitavam de atenção individual já que faziam uso de sondas, curativos complexos, cânulas traqueostomia. Também se verifica baixa escolaridade desses usuários o que pode ser apontado como limitante para a ação educativa. Considerando esses limites e necessidades dos usuários, como também de seus familiares/cuidadores, além de orientações da maneira mais simples e didática, elaborou-se um folder educativo (**APÊNDICE B**) a fim de instrumentaliza-los na superação de dúvidas e temores relacionados aos cuidados a serem implementado na manutenção da traqueostomia no pós-alta hospitalar.

Seguindo este raciocínio, no momento da realização da contrarreferência é fundamental que as equipes hospitalares e APS realizem avaliação de riscos e, em função disto, intervenham com recursos terapêuticos específicos, conforme o caso e sua fase: remédio, curativo, educação em saúde, visita domiciliar, orientações dietéticas, existenciais, grupos.

Costa et al. (2014) observaram dificuldades no processo de trabalho no nível primário de atendimento, especificamente, na incompletude das equipes, nos

encaminhamentos e na contrarreferência. Menozzi et al. (2013) destacam que os discursos dos profissionais de saúde trazem a ausência de infraestrutura nas UBS e falta de insumos materiais nestas unidades.

Para Campos (2002), sempre haverá recursos insuficientes em saúde, à demanda tende a ser infinita, a oferta do SUS estimula as pessoas à procura pelo serviço. A incompletude das equipes, ausência de infraestrutura e insumos materiais dificultam produzir saúde de forma integral, mas entre o que imaginamos ser o ideal e o nada, têm muitas ações que podem ser implementadas.

Os sujeitos dessa pesquisa, usuários com câncer de cabeça e pescoço necessitam de cuidados específicos, que podem ser aliviados com atitudes como descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos. Se não consegue realizar a visita domiciliar por falta de equipe então, agendar retornos periódicos a UBS, buscar apoio matricial com a própria equipe do hospital, dar prioridade em conectá-la com organizações não governamentais-ONGs ou com o serviço social do município.

A dificuldade da contrarreferência é evidenciada no dia-a-dia quando ao realizar contato telefônico com a equipe de saúde tem-se como justificativa a não disponibilização de alguns materiais como, por exemplo, coberturas para curativos. Esta situação se repete com a gaze, cadarço, sondas e revela o não planejamento dos gestores responsáveis pelas Unidades básicas com o retorno desses usuários ao seu território, como se a responsabilidade fosse somente do nível terciário.

*O meu cuidado mesmo é só no hospital, porque lá eles (equipe UBS) não querem, a minha cirurgia foi feita aqui, dizem que eles não podem fazer nada, não tem como tratar lá. (E17)*

Essas atitudes implicam, conforme os relatos, na sua recusa e a falta de confiança em realizar acompanhamento nas unidades básicas mais próxima de sua residência, já que a APS não possibilita o seguimento dos cuidados. Essa situação impossibilita a realização da contrarreferência, sendo que por serem atendidos em um hospital terciário com aporte tecnológico disponível, os usuários acreditam que as UBS's não conseguirão resolver ou manter seu tratamento.

*[...] eu vinha aqui no hospital, quando eu fazia as cirurgias eu fazia aqui os curativos, não é qualquer um para fazer [...]* (E16)

Lorenzoni (2007) destaca que em seu estudo alguns dos entrevistados da APS deixaram transparecer o fator recusa da assistência/atenção pelos profissionais da APS em prestar atendimento a essa população com CCP, por entender que essa é uma responsabilidade das especialidades e, portanto, o paciente deve permanecer com seu tratamento mais restrito às especialidades. Contudo, menciona que outros profissionais da APS relatam sentirem-se responsáveis pelo atendimento/atenção à população, porém não capacitados para tal.

Durante a internação perioperatória, na instituição deste estudo, os residentes multiprofissionais planejam e implementam o Projeto Terapêutico Singular-PTS com os usuários da especialidade cabeça e pescoço praticando a clínica ampliada como qualificadora do processo de cuidar. A clínica ampliada consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde (BRASIL, 2009). Seguindo este raciocínio, o Projeto Terapêutico Singular é produto da discussão coletiva dos profissionais e do compartilhamento com o usuário, pois as condutas terapêuticas e as metas são negociadas. Essas duas modalidades visam produzir saúde por meio de discussões e ações acerca dos casos bem como estimula a participação dos usuários e familiares

Embora não seja cotidiano, nada impede que as equipes que se sentem despreparadas para assistir a essa população, obtenham apoio da equipe hospitalar de uma forma diferenciada daquela instituída até hoje. Há a possibilidade, por exemplo, de convidá-los a participar da construção do PTS daquele usuário do seu território, fomentando assim uma articulação diferenciada, integrada e resolutiva. Pinto et al. (2012), ressaltam que a interconexão desses serviços se dá com o método de apoio matricial que se configura como um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde com vistas a ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Não é tarefa simples, mas é importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos favorecendo a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

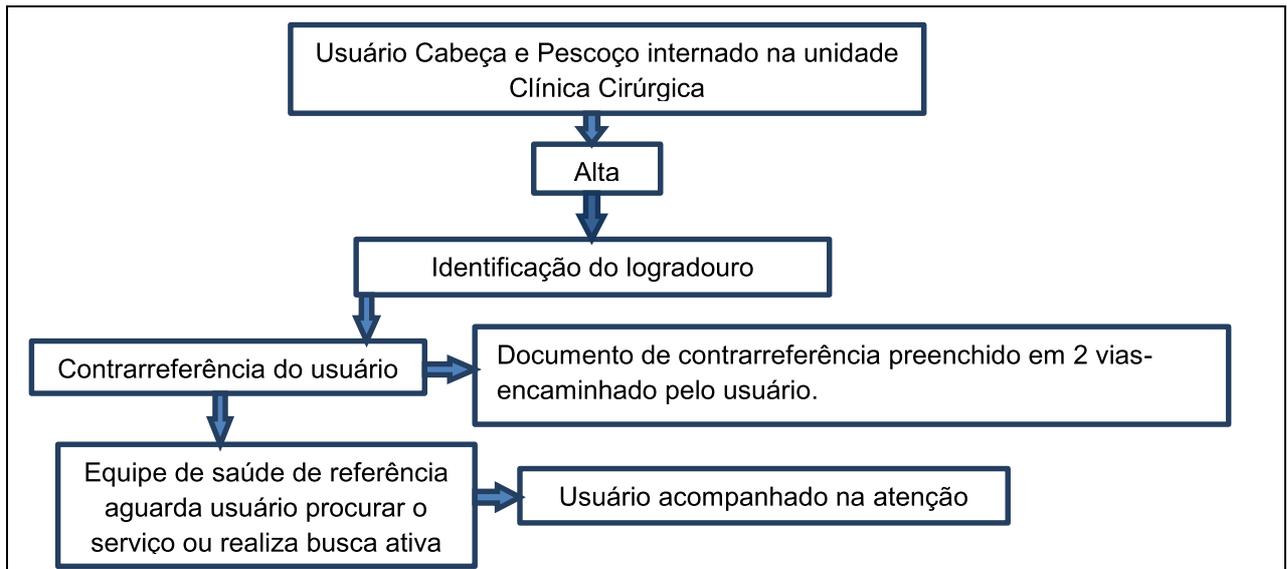
Infere-se que todo esse contexto de não responsabilização de algumas equipes, não capacitação, impacta numa retenção desses indivíduos no nível terciário, o qual acolhe as demandas fazendo o papel primário em saúde. No estudo de Fratini, Saupe e Massaroli (2008), os autores descrevem a execução de um programa de “altas especiais”, onde a equipe interdisciplinar hospitalar atuou realizando as contrarreferências dos sujeitos que necessitavam de cuidados intensivos na APS. No estudo, evidenciaram que houve a humanização, mantendo o vínculo entre usuário, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes, bem como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos. Foram registradas situações de reinternação pelo fato de o local de residência do usuário não estar coberto por equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) ou por problemas sociais do usuário.

### 3.3 PROPOSTA DE UM MODELO-TÉCNICO ASSISTENCIAL DE CONTRARREFERENCIA

O processo de superação permeia a construção de um desenho organizativo do fluxo de alta, acredita-se que o modelo proposto deve assegurar principalmente a clareza na definição dos papéis, a sensibilização e a capacitação dos profissionais envolvidos, quando adequadamente elaborados e realizados, para a continuidade da assistência em outro nível de atenção. Demanda ainda, o entendimento da proposta do SUS, que prevê ações assistenciais baseadas nos critérios de regionalização, hierarquização e integralidade do cuidado.

Sendo a alta hospitalar um momento importante do tratamento do doente os profissionais da equipe interdisciplinar intervêm na previsão das condições de vida e dos determinantes sociais dessa população, que interferem no processo saúde-doença. Dentre as intervenções realizadas no Hospital universitário de Santa Maria encontra-se a indispensável realização da contrarreferência, a qual está descrita na Figura 1.

Figura 1- Fluxo de contrarreferência tradicional



**Fonte: Autora**

O fluxo de contrarreferência descrito é estabelecido da seguinte forma: usuário da cabeça e pescoço que está internado na unidade de clínica cirúrgica necessita receber as orientações pertinentes à continuidade dos cuidados em domicílio previamente; momentos antes de sua alta seu endereço é conferido e visto se reside em algum logradouro coberto por alguma Estratégia Saúde da Família; é preenchido e entregue uma via ao paciente do documento de contrarreferência, o qual foi reformulado para melhor funcionalidade (**APÊNDICE C**); o usuário é orientado a procurar o serviço de saúde de referência, já identificada na documentação que ele recebeu, para realizar a continuidade do cuidado.

Para a contrarreferência ser efetiva, é realizado o contato telefônico com a enfermeira da equipe de saúde de referência, a fim de comunicar que o usuário esteve internado, que já está de alta, qual foi o atendimento prestado no hospital e os cuidados que podem ser realizados na atenção primária. Após o contato telefônico, a equipe de saúde aguarda que o usuário ou algum representante procure a unidade com a documentação fornecida passando então a acompanhá-lo.

Visando uma qualificação na assistência integral a saúde desses indivíduos, garantindo boa comunicação e consequente agilização e qualificação da alta, são realizadas reuniões semanais de clínica ampliada para discussão de casos e planejamento da alta, sendo que qualquer profissional da equipe multiprofissional poderá solicitar o adiamento da alta conforme a necessidade proferida.

De acordo com o cotidiano instituído, observa-se que a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde-RMIS se encarregou de realizar o processo de contrarreferência dos usuários da especialidade cabeça e pescoço, exercendo uma abordagem global do usuário, estimulando o trabalho em equipe. No entanto, a contrarreferência tornou-se dependente da RMIS, já que os profissionais do serviço não se envolvem diretamente, muitos por não conhecerem esta proposta ou por não compreenderem seu funcionamento, tornando esta competência uma atividade direta dos residentes.

O envolvimento de todos os atores do serviço é necessário para o sucesso desse projeto assistencial, mas para isto ocorrer é necessário que exista comunicação intraequipes dentro do mesmo serviço de saúde estabelecendo-o como atividade rotineira. Importante enfatizar que, conforme Feuerwerker (2005), é comum na área da saúde a tendência de profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada, independente das demais. Entretanto Pinho (2006), afirma que os membros da equipe devem preservar suas funções específicas e manter a comunicação uns com os outros, colocando-se como responsáveis resultando no cuidado compartilhado.

Para Fratini (2007) o acompanhamento pela equipe de saúde de referência no pós-alta serve para manter uma vigilância da condição de saúde do paciente e no cuidado, cujo objetivo principal é a prevenção de recidivas ou de insucesso no tratamento. Nesta perspectiva, sugere-se que seja adotado e desenvolvido, inter-equipes hospital/APS, o Projeto Terapêutico Singular-PTS que é uma estratégia que vem sendo implantada e está conduzindo a forma de trabalhar de muitas equipes.

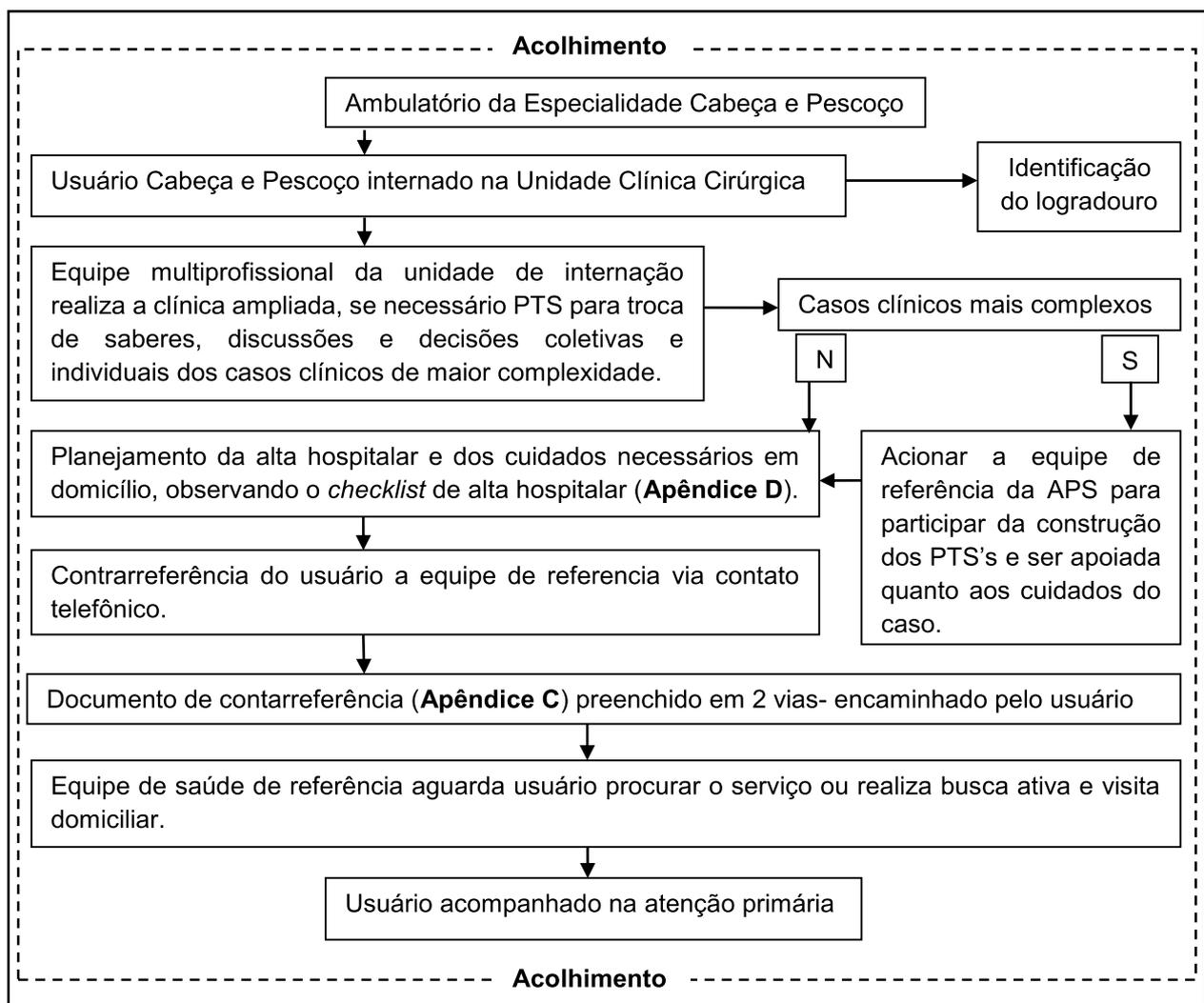
Segundo Linass et al. (2011), a estratégia do PTS é inovadora na medida em que busca ampliar o trabalho já existente, aprimorando estratégias para produzir saúde, gerando melhora na relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão. Desta maneira, consegue-se potencializar a intervenção dos trabalhadores de saúde, pois para a construção do PTS cria-se um espaço comum, de proximidade, de troca entre os diferentes saberes envolvidos no processo, buscando resoluções com e não para o outro.

Espera-se que este processo tecno-assistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde venha a se aperfeiçoar cada vez mais, com ligação entre os envolvidos, disponibilidade de aceitação nas diferenças e singularidades. Sendo assim, faz-se necessário a implantação da rede de atenção à

saúde, a qual na perspectiva de Mendes (2009) certamente levará a um processo de reorganização do sistema municipal de saúde, em que se preconiza a constituição de diferentes pontos de atenção à saúde, coordenados pela atenção primária e integrados nos níveis primário, secundário e terciário.

Nesse sentido, para o funcionamento da rede entre os diversos serviços de saúde é imprescindível a horizontalização dos fluxos. Isto ocorre através do ato de reconhecer que todos os serviços são importantes e que somente com a participação efetiva de cada um é possível construir a rede (RIGHI, 2005). Na Figura 2 está descrito uma proposta de mecanismo de contrarreferência em que as equipes de saúde hospitalar e APS trabalham conjuntamente articulando-se e produzindo saúde de forma desfragmentada, com uma comunicação efetiva.

Figura 2- Proposta de fluxo para a contrarreferência



Neste contexto, surge a necessidade de redes de atenção com mecanismos integradores, traduzidos na forma de prontuários eletrônicos, os quais padronizam e ampliam o atendimento, poderiam possibilitar o conhecimento do trabalho realizado em cada serviço, bem como suas formas de atendimento e profissionais. Infelizmente, hoje no HUSM o prontuário eletrônico é de uso interno da Instituição e seus dados não são expandidos à rede.

Por essa razão é essencial promover a socialização das informações através de uma contrarreferência mais completa e que o usuário levará consigo, impresso, após o atendimento especializado mantendo se tratamento na APS.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo tomou como objetivo descrever o sistema de contrarreferência no processo saúde-doença na percepção dos usuários portadores de Câncer da Cabeça e Pescoço e, elaborar uma proposta de roteiro assistencial que contemple ações para efetivar o contrarreferência.

Foi possível verificar que o perfil dos entrevistados está dentro dos padrões encontrados na literatura. Por meio das falas destes sujeitos percebeu-se que o sistema de contrarreferência é ineficiente já que a continuidade do cuidado apresenta fluxos fragmentados. Evidenciou-se que a comunicação que deveria existir entre os níveis de atenção revela-se uma lacuna no sistema de saúde e reflete na descontinuidade do cuidado. O suporte que os usuários necessitam da equipe de saúde de referência muitas vezes não se torna efetivo pela ausência de vínculo e que recorrem à unidade de saúde de referência somente para ações programadas como, por exemplo, para solicitar medicação.

A pesquisa apontou a existência de profissionais facilitadores do cuidado, como agente comunitário de saúde. Mas, esse fato sugere que somente o agente comunitário responde a contrarreferência e, revela a necessidade de uma atuação conjunta de todos os profissionais das equipes de saúde da APS, especializada e hospitalar. Essa atuação perpassando o fazer de todos esses integrantes beneficia-se numa atuação qualificada destes atores e que estrategicamente impactam na corresponsabilização dos usuários pelo seu cuidado.

Salienta-se a existência da retenção desses indivíduos no nível terciário, pois estes usuários acabam por subvalorizar a atenção primária, pois acreditam que não

são instituições capazes de resolver ou manter seus cuidados. Essa situação impede que o vínculo se estabeleça e impossibilita a realização da contrarreferência de forma efetiva.

A importância da educação em saúde com orientações e encaminhamentos individuais e linguagem simples é premissa para a integralidade à saúde. Assim, propôs-se neste estudo uma reformulação no mecanismo integrador de contrarreferência entre os níveis de atenção a saúde e, espera-se que possa responder, conjuntamente e resolutivamente, as demandas dos usuários com câncer de cabeça e pescoço.

A partir das discussões proporcionadas pela pesquisa, é possível concluir que muito há que se evoluir no que tange a organização a estruturação da rede de atenção a saúde potencializadas pelo uso de tecnologias do cuidado, as quais evidenciam processos articulados e sistematizados.

A realização deste estudo apresentou como limitação o número restrito de usuários, não sendo possível a generalização dos resultados. Outro ponto limitante está relacionado ao pouco conteúdo nos relatos destes usuários que se pode relacionar ao fato de desconhecerem o sistema como um todo ficando vulneráveis a ele. Considera-se nesse estudo que o fato da maioria dos usuários apresentarem baixa escolaridade não é fator limitante, e sim a inadequação na aplicação de estratégias que envolvam os cidadãos na superação de dúvidas e temores relacionados aos cuidados a serem implementados no processo saúde-doença, sem restrições geográficas ou socioculturais.

No que se refere à contribuição deste estudo, através da realização do mesmo foi possível identificar alguns fatores que comprometem o sistema de contrarreferência e seu impacto na integralidade do cuidado dos usuários nos diferentes níveis de atenção. Constata-se também com essa investigação que embora seja um desafio a articulação dos serviços com a rede de saúde, é imprescindível trabalhar ações integralizadoras em saúde.

Por fim, acredita-se que muito há a ser estudado, investigado e testado quanto aos modelos de contrarreferência ajustados às diferentes realidades, a fim de tornar viáveis as propostas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, capaz de viabilizar um cuidado contínuo. Sugere-se a continuidade de estudos e intervenções que abarquem essa reflexão.

## REFERÊNCIAS

AICANTARA, L.S. et al. **Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA.** Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 109-118.

ALVARENGA, L.M. et al. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo.** Rev. Bras. Otorrinolaringol 2008;74(1):68-73.

BRASIL, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL, Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a lei nº 8080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde-sus, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.** Diário Oficial da União 2011; 28 jun.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 874, de 16/05/2013 – Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** Brasília, DF; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CASATI, M.F.M. et al. **Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.41, nº 4, p. 186-191, outubro / novembro / dezembro 2012.

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.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, J.L.V.; CHAGAS, J.F.S.; MAGNA, L. A. **Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 36, nº 2, p. 65 - 68, abril / maio / junho 2007.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001. p.113-26.

CURADO, M.P.; BOYLE, P. **Epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma not related to tobacco or alcohol. Current opinion in oncology.** May 2013. Vol. 25- issue 3: p 229-234.

DAY, C. B. **Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para estratégia de saúde da família de Porto Alegre.** Dissertação de Mestrado. Universidade federal do Rio Grande do Sul, POA, 2013.

DUARTE, M.L.; COSTA, V.H.F.; MOTA, L.S. **Avaliação da trajetória, no SUS, de pacientes atendidos na clínica cirúrgica de um serviço de emergência a partir de seus diagnósticos histopatológicos.** Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro, v.4, n° 15, out /dez 2008.

FERNANDES, G. M.; BERGMANN, A.; OLIVEIRA, J.F. **Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós operatórias.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.42, n° 3, p. 140-149, julho / agosto / setembro 2013.

FERREIRA, J. L. A et al. **Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study.** Plosone, 2013; 8(7):e68132.

FEUERWERKER, L.M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface. 2005;9(18):489-506.

FRATINI, J.R.G. **Avaliação de um programa de referência e contrarreferência em saúde.** Dissertação de mestrado; Universidade do vale do Itajai; 2007.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde.** Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

GALBIATTI et al. **Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento.** Brazil J Otorhinolaryngol.2013; 79(2):239-47

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILLISON, M.L. et al. **Distinct risk factor profiles for human papillomavirus type 16-positive and human papillomavirus type 16-negative head and neck cancers.** J Natl Cancer Inst. 2008;100(6):407-20.

GOUTZANIS, L. et al. **Diabetes may increase risk for oral cancer through the insulin receptor substrate-1 and focal adhesion kinase pathway.** Oral Oncol v. 43, n. 2, p. 165-173, Feb. 2007.

HASHIBE, M. **Epidemiologic review of marijuana use and cancer risk.** Alcohol. 2005;35(3):265-75.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. **Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2016.

LINASS, J. et al. **Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação**. Revista Contexto & Saúde. Ijuí. Editora Unijuí v. 10 n. 20 jan./jun. 2011 p. 425-434.

LORENZONI, D. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no estado de Santa Catarina**. Tese de

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. **Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado**. Rev. Enferm. UFSM 2011 Jan/Abr;1(1):31-40.

MENDES, E.V. **As redes de atenção em saúde. Ciencia e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENOZZI, K.A.B.S. **O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde**. Botucatu : [s.n.], 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 15ª ed. São Paulo: Hucitec ed., 2015.

MORENO, M.M. et al. **Gestão de altas em um hospital público: desafios e oportunidades**. Belo Horizonte, 2013. 2º congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde.

NOCE, C.W.; REBELO, M.S. **Avaliação da relação entre o tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal**. RevBrasCancerol 2008; 54(2): 123-9.

PETITO, G. et al. **Papilomavírus humano em carcinomas de cabeça e pescoço: prevalência e relação clinicopatológica**. DST - J bras Doenças Sex Transm 2015;27(1-2):6-8 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264

PINHO, M.C.G. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. Ciênc Cognição. 2006;8:68-87.

PONTES, A.P.M. et al. **O princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?**. Escola Anna Nery. Rev. Enf., Vol 13, n. 3, p. 500-507.

RAUTAVA, J.; SYRJÄNEN, S. **Human papillomavirus infections in the mucosa oral**. The Journal Of The America Dental Association, 2011;142:905-914.

REIS, S.R.A.; LIMA, C.R.; MARCHIONNI, A.M.T. **Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe.I. Fumo, álcool e outros determinantes**. Rev de Pós-Grad 1997; 4, 127-32.

RIGHI, L. B. **Produção de redes em saúde: acordos, confrontos e reparos.** In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica (org.). *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos.* Ijuí: Unijuí, 2005. (Coleção Saúde Coletiva).

SANTOS, I. et al. **Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2012.

SANTOS, R.A. et al. **Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco.** *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(1): 21-29

SILVA, P.S.L.; LEÃO, V.M.L.; SCARPEL, R.D.; **caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de salvador – BA.** *Rev CEFAC*, v.11, Supl3, 441-447, 2009.

SOUZA, V. B. et al. **Hipertensão Arterial no Paciente com Câncer.** *ArqBrasCardiol.* 2014; [online].aheadprint, PP.0-0.

**APÊNDICE A-** Entrevista Semiestruturada

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

Nome: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Acompanhante: \_\_\_\_\_  
Filhos: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Perguntas pertinentes ao serviço de cirurgia cabeça e pescoço:

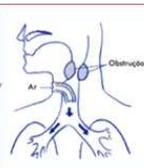
1. Como você chegou até o hospital?
2. Como você se sentiu recebido no hospital?
3. Com quem você falou?
4. Você se sentiu bem acolhido?.
5. Como você se sentiu durante tratamento neste hospital com relação aos profissionais?
6. Foi lhe oferecido algum tipo de orientação durante tratamento?
7. Você pôde tirar suas dúvidas durante o tratamento? Você teve duvidas durante seu tratamento?
8. O que você achou sobre orientações durante tratamento?
9. Você recebeu algum tipo de encaminhamento desde primeira consulta até alta?  
Para qual profissional você foi encaminhado?
10. Havia alguma unidade básica de saúde eu frequentava antes de receber o diagnóstico?
11. Quando você teve alta do hospital você recebeu orientação para buscar essa unidade básica?
12. Você está recebendo esses cuidados?
13. Você tem alguma sugestão para o andamento do serviço?

Perguntas pertinentes ao envolvimento psicológico:

1. Há quanto tempo soube do diagnóstico? Como você descobriu?
2. Qual foi sua reação (ou pensamento) ao saber do seu diagnóstico e do tratamento?
3. Quais os aspectos de sua vida que você acredita que foram mudados devido ao diagnóstico e tratamento?
4. Teve alguma mudança no seu dia-a-dia? Como você percebeu essas mudanças?
5. Como você enfrentou esse tratamento? O que você fez para ajudar a melhorar e enfrentar? Você tem alguma religião? Isso lhe ajudou?
6. Você tem alguém que possa contar? Como foi o envolvimento da sua família nesse processo? Como é sua rede de apoio?

**APÊNDICE B- Folder Educativo**

<p><b>PARA FAMILIARES E AMIGOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa traqueostomizada precisa de tempo para adaptação. Procure ter paciência. Saiba que a pessoa que você ama não mudou;</li> <li>• Incentive a pessoa traqueostomizada a voltar para suas atividades diárias e manter-se em público com o uso do tubo traqueal;</li> <li>• Tenha paciência. Em alguns momentos seu familiar ou amigo pode ficar triste. Encoraje-o a levar uma vida tranquila</li> </ul>  <p>A pessoa traqueostomizada entre familiares e amigos</p>	<div style="text-align: right;">   </div> <p style="text-align: center;"><b>ORIENTAÇÕES À PESSOA TRAQUEOSTOMIZADA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Elaboração:</b> Enfª Residente Deise J. S. Trindade Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar Área de Concentração: Crônico Degenerativo</p> <p style="text-align: center;"><b>Orientação:</b> Enfª Jucelaine Arend Birrer</p> <p style="text-align: center;"><b>Colaboração:</b> Enfª Márcia Penna Enfª Mirian Perrando</p> 
---	---

<p><b>O QUE É TRAQUEOSTOMIA?</b></p>  <p>A traqueostomia é um dos recursos que podem ser usados para facilitar a chegada de ar aos pulmões quando existe alguma obstrução no trajeto natural.</p> <p>É por meio desse tubo traqueal que o ar entra e sai dos pulmões, auxiliando a sua respiração. Pode ser de plástico ou de metal.</p>  <p><b>IMPORTANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É comum ter tosse após a traqueostomia. Não se preocupe! Isto se deve à maior quantidade de partículas de poeira que entram pelo orifício da traqueostomia e que serão eliminados pela tosse. Muitas vezes a endocânula pode sair durante acessos de tosse. Caso isso aconteça, lave-a com água e sabão neutro e recolque-a dentro da cânula.</li> <li>- Procure fazer nebulizações para evitar ressecamento nas vias respiratórias. As nebulizações deverão ser realizadas somente com soro fisiológico. Faça-as três vezes ao dia e sempre que necessário. Durante a nebulização, coloque a máscara do nebulizador no pescoço em direção ao tubo traqueal.</li> </ul>	<p><b>PARA MANTER LIMPA E LIVRE DE INFECÇÕES A PELE E O TUBO TRAQUEAL, VOCÊ PRECISA SEGUIR AS ORIENTAÇÕES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Limpe a endocânula no mínimo, três vezes ao dia, e a mantenha sempre no lugar;</li> <li>-Retire a endocânula;</li> <li>-Coloque a endocânula de molho em água morna ou água oxigenada 3% (volume 10) por alguns minutos. Use um recipiente somente para isso;</li> <li>-Depois que a crosta de secreções estiver amolecida, esfregue bem a endocânula, por dentro e por fora, usando uma gaze;</li> <li>-Enxague com água corrente para tirar todo o resíduo;</li> <li>-Recoloque a endocânula dentro da cânula que estará em seu pescoço;</li> <li>-Troque as gazes que estão entre a sua pele e o tubo traqueal;</li> <li>-Coloque duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele de seu pescoço;</li> <li>-Faça a limpeza no seu pescoço e ao redor do tubo traqueal, utilizando uma gaze umedecida com água potável ou soro fisiológico 09%;</li> <li>-Com muito cuidado troque o cadarço antigo. Lave-o ou jogue-o fora se estiver muito desfiado.</li> </ul>  	<p><b>SUA GRAVATA TRAQUEAL</b></p> <p>Recomendamos o uso da gravata traqueal, presa ao redor do seu pescoço, para manter o tubo traqueal coberto quando você for para rua ou em lugares empoeirados. A gravata não deverá ficar apertada nem frouxa: deve haver um espaço entre ela e seu pescoço suficiente para passar dois dedos.</p>  <p>Ter uma traqueostomia significa aprender novas maneiras de se comunicar com os outros. Combine alguns gestos com amigos e familiares. Use também expressões faciais, como um sorriso, por exemplo. Carregue sempre uma caneta e um bloco para se comunicar.</p> 
---	---	---

**APÊNCICE C- Proposta de Documento de Contrarreferência**

<b>2 VIAS- Anexar 1 via no prontuário do usuário e a outra é entregue ao usuário</b>			
		<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA</b>	
			
<b>Nome do Paciente</b>			
<b>Data de Nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Telefone</b>	<b>Registro</b>
<b>Endereço</b>			
<b>Bairro</b>		<b>Cidade</b>	
<b>Data da Internação</b>		<b>Data da Alta Hospitalar</b>	
<b>Unidade de Saúde de Referência</b>			<b>Telefone</b>
<b>Profissional Contatado</b>			
<b>Cirurgia</b>			<b>Data da Cirurgia</b>
<b>Informações da Contrarreferência</b>			
-----			
-----			
-----			
-----			
-----			
-----			
-----			
-----			
-----			
-----			
<b>Medicações Prescritas</b>			
-----			
-----			
<b>Retorno ambulatorial em</b>			<b>Carimbo</b>
<b>Data da contarreferência</b>	<b>Telefone do serviço (55)32131530</b>		
Elaboração: En <sup>o</sup> Deise Trindade/ Orientação: En <sup>o</sup> Jucelaine Arend/ Colaboração: En <sup>o</sup> Márcia Penna e En <sup>o</sup> Mirian Perrando			

**APÊNDICE D-** Proposta de documento de CHECK LIST para alta hospitalar

	<b>Orientações quanto a...</b>
1	Procedimentos- como realizar e, a importância relacionada aos curativos; administração de medicamentos; sondas; traqueostomia.
2	Contato com a equipe de saúde local, relacionado aos cuidados exigidos pelo usuário e sua família.
3	Nutrição- opção ao usuário da nutrição caseira ou industrializada, como preparar e administrar.
4	Exercícios fisioterapia e fonoaudiologia- importância dos exercícios ativos e passivos.
5	Higiene pessoal- autocuidado.
6	Prevenção de úlceras- mudança de decúbito nos casos dos pacientes acamados.
7	Farmacológicos- aquisição do medicamento da receita na atenção básica ou farmácia popular.

## ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REGULAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL A PACIENTES COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO:  N  CR TICO  DO SUS.

**Pesquisador:** Jucelaine Arend Birrer

** rea Temática:** A critério do CEP

**Versão:** 3

**CAAE:** 06493312.3.0000.5346

**Institui o Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Gradua o e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DA NOTIFICA O**

**Tipo de Notifica o:** Envio de Relatório Parcial

**Detalhe:**

**Justificativa:** Solicito orienta o para submissão de uma nova emenda.

**Data do Envio:** 07/05/2015

**Situa o da Notifica o:** Parecer Consubstanciado Emitido

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.060.280

**Data da Relatoria:** 12/05/2015

**Apresenta o da Notifica o:**

Pela notifica o o proponente informa que "o projeto intitulado Regula o do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: n  crítico do SUS atingiu [a]os objetivos propostos, no entanto, abriu outras demandas importantes no campo da saúde que julga-se necessário a continuidade das investiga es interventivas. O presente projeto originou três trabalhos de conclusão de curso (TCP) sendo dois de natureza pesquisat rio (sic!) e um interventivo conforme listados: - Cogestão do cuidado para o planejamento das a es e serviços de saúde dos usuários com câncer de boca - (pesquisa); - Conhecimento de dentistas e médicos sobre câncer de boca - (pesquisa); - A forma o de um grupo de trabalho para a efetiva o do processo de cogestão em saúde: um relato de experiência (intervens o)" e solicita orienta o de como propor "uma nova emenda para dar continuidade as atividades."

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2  andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.060.280

Para dar continuidade ao trabalho, o proponente pode enviar emenda pela qual informa quais serão os novos sub-projetos vinculados a este projeto inicial. Deve apresentar os sub-projetos completos, bem como a documentação pertinente, em especial os termos de apresentação obrigatória.

**Objetivo da Notificação:**

.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

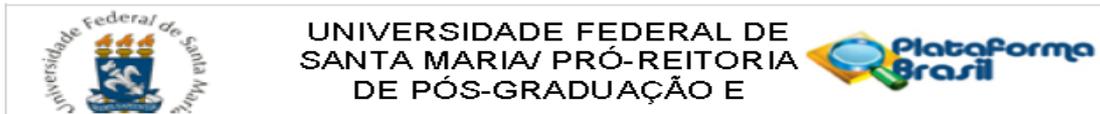
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.060.280

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 12 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
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 a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: “nó crítico” do SUS”**, a qual foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrada sobre o número CAAE 06493312.3.0000.5346.

Os pesquisadores aplicarão a pesquisa no Ambulatório da especialidade Cabeça e Pescoço e 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 desta pesquisa é analisar o processo de regulação assistencial do paciente portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde – SUS, com o propósito de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde na perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos questionamentos pré-elaborados por meio da entrevista semiestruturada, a qual abordará informações sobre como ocorre o acesso à rede de saúde, impacto do diagnóstico da neoplasia de cabeça e pescoço e verificar se o serviço corresponde à necessidade. Salienta-se que esta pesquisa trará risco mínimo para você, pois poderá sentir um leve desconforto devido ao tempo disponibilizado para responder, ressalta-se que não haverá custo nem compensação financeira caso concorde em participar. Sua participação não resultará em danos físicos ou morais, entretanto, poderá sentir algum desconforto emocional ao responder o questionário. Caso isso ocorra os pesquisadores se comprometem em acompanhá-lo a um serviço especializado para uma consulta.

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 serão coletados por meio de gravação, transcritos e arquivados sendo mantidos em arquivo confidencial, sob a responsabilidade do coordenador do projeto 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.

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 ou digital polegar direito

---

Número de R.G ou CPF

Pesquisador Responsável: Jucelaine Arend Birrer  
Departamento Responsável pela Pesquisa: Coordenação dos Programas de Residência  
Multiprofissional em Saúde do Centro de Ciências da Saúde/UFSM. Telefone para contato:  
(55)3220.9678