

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

**ANÁLISE DE FLUXO DE ATENÇÃO NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA PENSAR A
ESTRUTURAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO EM
USUÁRIOS ACOMETIDOS POR AGRAVOS
NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Camila Dubow

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

ANÁLISE DE FLUXO DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA PENSAR A ESTRUTURAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO EM USUÁRIOS ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO

Camila Dubow

Trabalho final 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 Sistema Público de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Vânia Maria Fighera Olivo

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

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

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

**ANÁLISE DE FLUXO DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
ELEMENTOS PARA PENSAR A ESTRUTURAÇÃO
DE LINHAS DE CUIDADO EM USUÁRIOS ACOMETIDOS POR
AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO**

elaborado por

Camila Dubow

como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Sistema Público de Saúde

Comissão Examinadora:

Vânia Maria Figuera Olivo, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM/CESNORS)

Luís Antônio Benvegnú, Dr. (FUMSSAR)

Santa Maria, 18 de junho de 2011

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma de nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre para os mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

ANÁLISE DE FLUXO DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA PENSAR A ESTRUTURAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO EM USUÁRIOS ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO

AUTORA: CAMILA DUBOW

ORIENTADORA: VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

O cuidado aos usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço é extremamente complexo, não apenas em relação ao sofrimento físico gerado, mas também pela necessidade de qualificar as respostas dos serviços de saúde frente a esta problemática crescente em nosso país. Os autores através de suas atividades práticas como residentes multiprofissionais perceberam algumas questões desafiadoras como a falta de integralidade e fragmentação do cuidado a estes indivíduos, impactando não apenas no acesso aos serviços bem como na efetividade destes. Este artigo resulta de uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital universitário de alta complexidade referência para a região centro-oeste do Rio Grande do Sul, tendo como sujeitos de investigação usuários acometidos por estes agravos. Objetivou-se, através de uma entrevista semi-estruturada, investigar e caracterizar o fluxo de cuidado a estes sujeitos numa perspectiva de linha de cuidado, nos diferentes níveis de gestão e atenção. Os resultados revelam uma desarticulação e fragmentação do cuidado, apontando para a necessidade de reestruturação dos modelos assistenciais vigentes, através da garantia de um fluxo de cuidado que opere de modo interligado. Concluiu-se que a atenção integral é essencial para que possam ser construídas redes/fluxos de sistemas de saúde em uma perspectiva de linha de cuidado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Linha de Cuidado. Integralidade. Agravos Neoplásicos de Cabeça e Pescoço.

ABSTRACT

Final Work Completion – Publishable Form
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

FLOW ANALYSIS OF ATTENTION IN THE SINGLE HEALTH SYSTEM: ELEMENTS FOR THINKING STRUCTURE LINES OF CARE IN USERS AFFECTED BY NEOPLASMS DISEASES OF HEAD AND NECK

AUTHOR: CAMILA DUBOW

ADVISER: VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

Defense Place and Date: Santa Maria, June 18nd, 2011.

The care of the users affected by neoplastic diseases of head and neck is extremely complex, not only in relation to the physical suffering generated, but also by the need to qualify the responses of health services in the face of this growing problem in our country. The authors through their practical activities such as multidisciplinary residents noticed some challenging issues as the lack of integration and fragmentation of care to these people, impacting not only in access to services as well as their effectiveness. This paper results from a qualitative study in an university hospital of high complexity reference to the central-west of Rio Grande do Sul state, having as subjects of research users affected by these conditions. It was aimed, through a semi-structured interview, investigate and characterize the flow of care to these subjects from a perspective of health care procedures at different levels of management and attention. The results show a dislocation and fragmentation of care, pointing to the need for restructuring the existing models of care, by ensuring a flow of care that operates interconnected. It was concluded that integrated care is essential so that they may be built networks / flows of health systems in a perspective of health care procedures.

KEYWORDS: Single Health System. Line of Care. Integrality. Neoplastic Diseases of Head and Neck.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da trajetória/fluxo realizados pelos diferentes entrevistados.....	13
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACP: Agravos Neoplásicos de Cabeça e Pescoço

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 MÉTODOS.....	11
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	13
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
5 REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade do acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema público de saúde em nosso país (BRASIL, 1990).

Entretanto, apesar de inúmeros avanços estruturais e em seus modos de operação, ainda vigoram modelos pautados na desarticulação das ações e serviços. A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento do fluxo de usuários colabora para problemas relacionados à baixa eficácia e resolutividade da atenção à saúde.

Este cenário se torna extremamente complexo nos agravos neoplásicos de cabeça e pescoço devido à sua expressiva incidência e mortalidade no Brasil, sendo que suas apresentações mais comuns, o câncer de cavidade oral e o de laringe somam cerca de 20.720 novos casos por ano com uma taxa de mortalidade de mais de 7.000 pessoas, para cada 100 mil habitantes (DOBROSSY, 2005; INCA, 2010; FERLAY *et al*, 2001).

A organização da assistência à saúde no SUS, concebida enquanto rede articulada entre a baixa, média e alta complexidade, ainda está caracterizada predominantemente pela centralidade nos procedimentos médico-hospitalares (Santos, 2004), resultando em fragmentação na rede de cuidado para as diversas necessidades de saúde. Isto se reflete através da não operacionalização da referência e contra-referência, ações desarticuladas e isoladas com certo grau de desresponsabilização diante de casos concretos, dificuldade na efetividade e resolutividade dos serviços, bem como atraso no acesso a tratamentos essenciais (CAMPOS & AMARAL, 2007).

Essa fragmentação do cuidado foi percebida pelos residentes multiprofissionais, inseridos em um hospital universitário localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, durante o decorrer de suas atividades, especialmente em relação aos sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço (ACP). Alguns questionamentos surgiram, dentre os quais se destacam: como estes usuários desenham a sua trajetória no sistema de saúde?

Como são definidos seus fluxos de cuidado? De que maneira os modelos de atenção impactam na atenção a estes usuários? Existe uma linha de cuidado estruturada para atenção a sujeitos acometidos por ACP? A necessidade em buscar subsídios para uma melhor compreensão de tais questões motivou a realização da presente pesquisa.

Responder estas questões pode ser tão desafiador quanto estruturar as linhas/redes de cuidado e colocá-las operando enquanto um dispositivo inovador para qualificação dos modelos de atenção e gestão no SUS. Entretanto, é fundamental, à priori, compreender como estes processos se desenvolvem.

Partindo da premissa de linha do cuidado como produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, centrada nas necessidades do usuário desde sua entrada na rede (CECÍLIO & MERHY, 2003), esta pesquisa tem como objetivo investigar e caracterizar o fluxo de cuidado a usuários acometidos por ACP no sistema de saúde numa perspectiva de linha de cuidado, a partir da identificação de suas trajetórias nos diferentes níveis de gestão e atenção do sistema.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, através da qual são consideradas para análise as atitudes, crenças, comportamentos e ações do indivíduo, com o intuito de compreendê-lo em suas relações com o mundo (MINAYO *et al.*, 2005).

O estudo foi realizado no ambulatório de especialidade de cabeça e pescoço de um hospital universitário referência em alta complexidade para 45 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa dezessete sujeitos acometidos por ACP em acompanhamento no referido ambulatório no período de coleta dos dados (março e abril de 2011).

Para a realização da coleta de dados, os indivíduos foram abordados individualmente, recebendo informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, seus benefícios e possíveis riscos. Posteriormente, em caso de concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando sua participação e publicação dos resultados do estudo em meios científicos e acadêmicos.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada norteada por um roteiro com questões relativas aos objetivos desta pesquisa, combinando perguntas abertas e permitindo ao entrevistado falar sobre o tema em questão sem se prender ao questionamento (MINAYO *et al.*, 2005). Cada entrevista teve uma duração média de 50 minutos, sendo realizada em local apropriado, sem manifestação da opinião ou idéias do entrevistador durante a entrevista. Com isto, preserva-se o princípio de uma investigação qualitativa em que o fenômeno investigado é analisado sob a visão do entrevistado, isto é, segundo os seus valores, a sua compreensão e a sua vivência (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram gravadas com consentimento prévio dos entrevistados. Estas foram transcritas e identificadas através de números a fim de garantir o anonimato do participante e após foram submetidas à análise dos dados.

A análise dos dados deu-se através da técnica de Análise de Conteúdo, a qual possibilita relacionar as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articulando os textos descritos e analisando com os fatores que determinam suas características como as variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2000).

A análise de conteúdo de cunho temático cumpriu as seguintes etapas: (a) pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos, identificando especificidades e visão global dos depoimentos, retomando as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa; (b) exploração do material visando alcançar o núcleo de compreensão do texto através da elaboração de categorias de análise, agrupando trechos de depoimentos significativos; (c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (Minayo, 2004), o que culminou com a definição de duas unidades de significado, orientadoras da discussão dos dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino superior a qual o hospital universitário está vinculado, sob o nº. do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0311.0.243.000-10 e segue os princípios preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a ética nas pesquisas com seres humanos (CNS, 1996).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados evidenciou aspectos relevantes para a compreensão da problemática que envolve o fluxo de usuários acometidos por ACP, permitindo perceber uma fragilidade para a integralização do cuidado.

Tais situações foram analisadas a partir de duas categorias orientadoras: 1) Modelos vigentes de estruturação de fluxos dos serviços de saúde e seus reflexos em usuários acometidos por ACP e 2) Construção de Linha de Cuidado: desafios para a mudança do modelo assistencial.

A definição destas categorias se justifica por expressarem aspectos significativos do modo de orientação do fluxo destes indivíduos no sistema de saúde. Também assumem grande significado frente ao perfil dos usuários entrevistados, sendo a maioria homens (82%), idosos (média de idade de 61,2 anos), com pouca escolaridade e renda familiar baixa. Este perfil corresponde aos dados encontrados na literatura, que mostram que a incidência do câncer de cabeça e pescoço aumenta com a idade com pico a partir da sexta década de vida (Dobrossy, 2005; Favero *et al*, 2007). A maioria das pesquisas reporta associação entre piores condições socioeconômicas e neoplasia de cabeça e pescoço (BOING & ANTUNES, 2011).

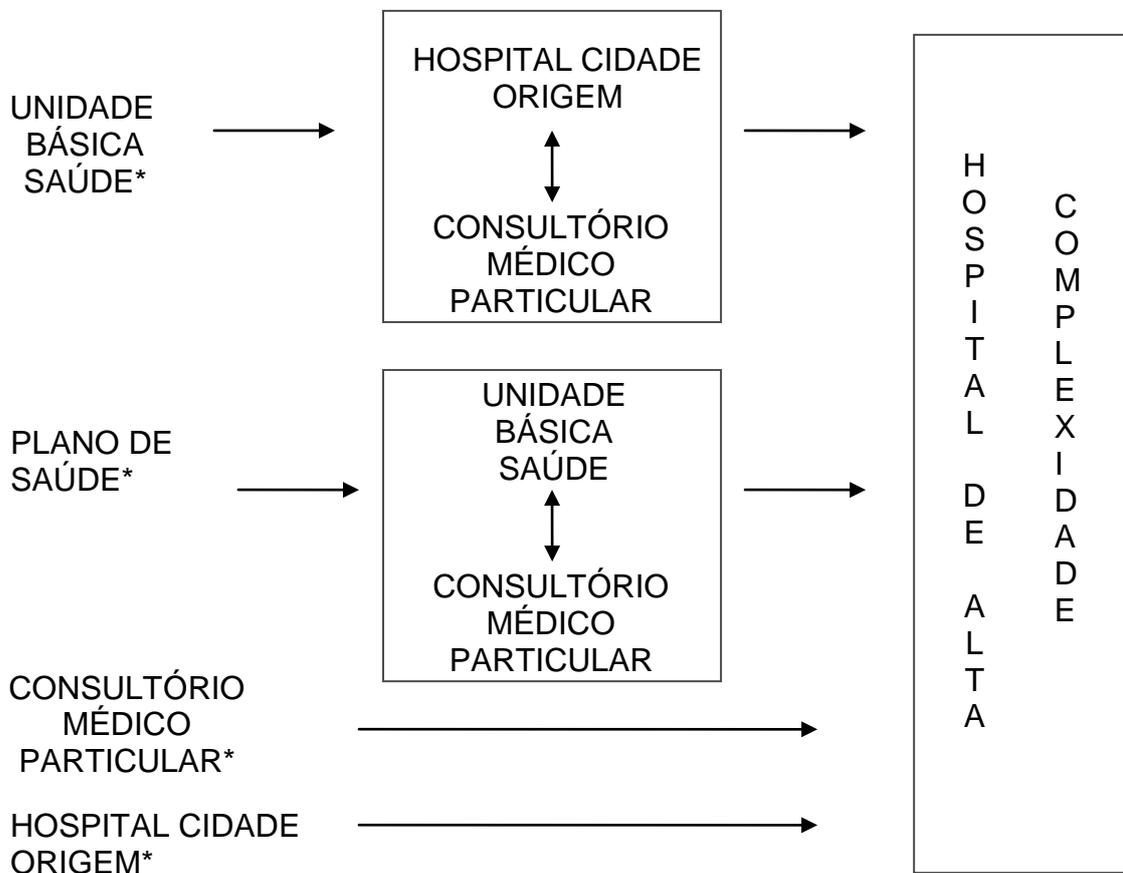
Através deste perfil, percebe-se que um fluxo desestruturado no sistema de saúde torna-se ainda mais problemático para os usuários acometidos por ACP, exigindo uma melhor compreensão de suas trajetórias na rede de saúde e identificação de possíveis empecilhos e dificuldades. Frente ao exposto, o que o sistema de saúde apresenta como alternativas para melhor assistir seus usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço?

Modelos vigentes de estruturação de fluxos dos serviços de saúde e seus reflexos no cuidado aos usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço

Apesar das descobertas científicas possibilitarem melhores perspectivas no curso terapêutico dos ACP, ainda é complexo o modo de acesso a estes benefícios. Embora com muitos avanços, a efetivação plena do SUS apresenta algumas dificuldades, pois a saúde ainda não é considerada um direito real para muitos

brasileiros. A população muitas vezes não consegue ter acesso à rede de saúde e, quando o tem, com certa frequência os serviços apresentam pouca resolutividade (FIREMAN, 2007).

Estas dificuldades foram refletidas neste estudo, quando se constata que os indivíduos partem rumo a uma verdadeira “peregrinação” pela rede de saúde, construindo as mais variadas trajetórias terapêuticas na busca de serviços de qualidade e resolutivos para o seu problema. As trajetórias para ingresso no sistema de saúde dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa estão apresentadas na Figura 1.



Legenda:

* Portas de Entrada no Sistema de Saúde

Figura 1 – Representação da trajetória/fluxo realizados pelos diferentes entrevistados

Observando este fluxograma, pode-se inferir que não há um fluxo ordenado de referência e contra-referência para acesso ao sistema de saúde e assistência a estes sujeitos, usuários do SUS, acometidos por ACP no contexto analisado. Percebe-se que em diversas circunstâncias o usuário fica perdido no sistema, sem um acompanhamento da sua condição de saúde de maneira integral.

Isto reflete um modelo de estruturação piramidal organizado por níveis hierárquicos de serviços, pautado em uma concepção restrita de saúde, predominantemente hospitalocêntrica, setorializada e fragmentada, na qual os distintos locais de atenção trabalham isoladamente e não oferecem uma atenção contínua à população (MENDES, 2002).

Visando assegurar a atenção integral aos usuários, surgem os sistemas de referência e contra-referência, definidos como modos de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento (Brasil, 2009). Apesar de se expressarem como uma das bases da mudança almejada para o setor da saúde, ainda se encontram em um estágio de pouco desenvolvimento (Fratini, 2008), o que pode ser confirmado na maioria dos discursos analisados.

“Consultei três vezes no postinho com o médico de lá. (...) a primeira foi em outubro do ano passado, mas como estava muito demorada a coisa, consultei particular com o médico. Aí ele me baixou no hospital da minha cidade e depois me encaminhou pra cá, no hospital universitário. Foi ele, o doutor, que agilizou pra mim vir consultar aqui, no hospital universitário, pelo SUS”

“Quando procurei o doutor do posto ele me passou para outro doutor lá do hospital e o doutor de lá disse que não faz essa cirurgia, e me encaminhou para cá, no hospital universitário.”

“Aí o meu filho me levou no médico do plano de saúde e lá me indicaram pra consultar particular com a doutora e meu filho pagou a consulta pra mim no consultório dela. Aí ela já queria que eu fosse pro hospital particular pra operar, mas faltou dinheiro e eu pedi pra ela me mandar pra cá. E agora eu estou aqui no hospital universitário me tratando.”

As falas denotam que os modelos vigentes de estruturação do sistema de saúde analisado são, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por diversos circuitos de interesses, destacando-se os dos serviços privados, impactando numa naturalização de fluxos de atenção e de gestão que ferem os princípios do SUS.

São modelos de fluxos construídos a partir de múltiplos protagonismos, interesses e sentidos que refletem o modelo de sistema desarticulado que induz a desresponsabilização diante de casos concretos, acarretando custos crescentes e atraso no acesso a tratamentos essenciais para um melhor prognóstico da doença (CECÍLIO & MERHY, 2003; CAMPOS & AMARAL, 2007).

O fragmento a seguir reforça esta problemática da falta de uma estruturação de fluxo de serviços, impactando na integralidade da atenção a estes usuários que se encontram em uma situação de fragilidade social agravada pela debilidade física:

“A gente já veio pra cá não sei quantas vezes, uma pra fazer exames, a outra pra fazer biópsia, nunca as coisas são no mesmo dia. Aí o tempo vai passando e eu estou ainda escarrando sangue. E é longe, tem que ficar pedindo transporte pra vir pra cá”.

Outro aspecto que a maioria dos depoimentos denuncia diz respeito ao atravessamento do setor privado, não como complemento ao SUS, mas ferindo os princípios da Política Nacional de Regulação do SUS, consolidada através da Portaria 1.559/GM/2008, a qual visa, dentre outros: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência (BRASIL, 2008).

“Pelo SUS demorava demais então fomos logo marcar particular.”

“O doutor lá deu um agilizada, foi tudo pelo SUS, só aquela consulta que ninguém acertava, aí a gente fez no consultório particular.”

O texto da Constituição Brasileira (1988) afirma ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Porém, as declarações dos

usuários denotam fragilidades quando o sistema de saúde não funciona em uma rede integrada. Mas afinal, quem realmente tem acesso ao SUS em nosso país?

A política de saúde concretizada através do SUS, como política pública de caráter universal, é frequentemente questionada no sentido de sua real capacidade de atingir a parcela da população mais necessitada (RIBEIRO *et al*, 2006). Para a garantia de acesso aos diversos serviços de saúde, de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, não são suficientes apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Embora sejam necessários, é preciso também reorientar as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção (BADUY *et al*, 2011).

Observou-se também que, após a consulta particular, o usuário normalmente retorna ao sistema público de saúde para a realização de procedimentos de alta complexidade, os quais apresentam elevados custos:

“Aí meu filho perguntou pro médico quanto que sairia para fazer particular, porque pelo SUS é muito demorado. Aí o médico falou e nem falamos mais nisso, porque ia custar muito caro.”

Mesmo com diversas tentativas de reorganização dos modelos de regulação e regionalização em saúde como as Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001 (Brasil, 2001), NOAS 01/2002 (Brasil, 2002); Pacto pela Saúde/2006 (Brasil, 2006) e Portaria nº. 1.559/2008 (Brasil, 2008), ainda percebe-se uma fragilidade em operacionalizá-las, tornando-se difícil de concretizar um sistema sem muros, o qual ainda permanece com barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Evidenciou-se que grande parte dos problemas de saúde destes usuários está interrelacionada com as condições de acesso aos serviços, remetendo a uma necessidade de reformulação das práticas de saúde e suas concepções, rompendo fronteiras, na busca por melhores práticas de cuidado. Torna-se necessário (re) pensar novos fluxos e circuitos dentro da rede de saúde, desenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECILIO, 1997).

Construção de Linha de Cuidado: desafios para a mudança do modelo assistencial

As neoplasias de cabeça e pescoço, assim como as demais condições crônicas, demandam a ação integrada de diferentes profissionais e serviços em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, numa rede efetiva de serviços, com garantia de continuidade dos cuidados (SERRA & RODRIGUES, 2010). Desta maneira, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, atravessando os diversos serviços e tecnologias de saúde, através da “linha de cuidado” (FEUERWERKER & CECÍLIO, 2007).

Linhas de cuidado são estratégias que podem ser definidas como políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais (BRASIL, 2008). Envolvem a definição e garantia de fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se a linha desenhasse o itinerário que o usuário faz pela rede de saúde, incluindo também segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde (FRANCO & FRANCO, 200-).

Foi possível perceber, através das entrevistas, que não são exploradas todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas no ponto de entrada do sistema de saúde. Entretanto, é essencial um cuidado integral a todos os usuários, em que cada profissional e cada serviço de saúde execute suas ações, considerando a totalidade do sujeito numa perspectiva de ações integradas (Cecílio, 2001). Grande parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, talvez fossem desnecessários se os recursos assistenciais disponíveis na unidade básica fossem esgotados (Franco & Magalhães Junior, 2004). Contudo, o que se percebe é um fluxo desordenado de encaminhamentos entre profissionais:

“Fala com um, fala com outro e fui na farmácia tomar remédio e não adiantou. Aí fui consultar com o doutor pelo SUS que disse que eu deveria ir pro especialista. Então o especialista disse que era um carocinho que eu tinha do lado direito da garganta e me encaminhou aqui pro hospital universitário pra fazer a cirurgia”

Frente a este depoimento, fica claro que não basta montar sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas. É necessário efetua-los no cotidiano, na interação entre os diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, sejam eles gestores, trabalhadores ou usuários (Baduy *et al*, 2011). É tarefa e desafio de todos os envolvidos no campo da produção em saúde, refletir e enfrentar esta temática de modo crítico, na busca de um agir comprometido com a mudança dos modelos de gestão e atenção em saúde, que (re) conduza os processos de produção de práticas ao eixo orientador que são os Princípios e Diretrizes do SUS (MANFROI, 2007).

Ainda analisando a Figura 1, percebe-se uma fragilidade do sistema de saúde trabalhar em uma rede integrada, evidenciada pelo fato dos usuários não retornarem às suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência para dar continuidade ao tratamento, com o vínculo sendo estabelecido com a instituição hospitalar, elucidado pela seguinte fala:

“Não voltei mais pra unidade básica, só para o transporte. Porque agora é só com os médicos daqui, daí lá é só o transporte.”

O conceito de integralidade pressupõe uma estreita relação com a integração de serviços por meio de redes assistenciais e de uma interdependência dos atores e organizações, destacando-se que nenhum deles dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população (Hartz & Contandriopoulos, 2004). Entretanto, os sujeitos desta pesquisa apontaram para um sistema desarticulado e fragmentado, insuficiente para suprir suas necessidades de saúde, voltado predominantemente aos aspectos curativos e individuais, sendo incapaz de operar a complexidade do cuidado. Esta questão se torna ainda mais desafiadora quando o usuário internaliza esta fragmentação e não concebe a necessidade do sistema funcionar de modo integrado:

“Já voltei pro posto de saúde, mas eles não sabem de nada, que estou consultando aqui. Já fui lá consultar, mas por outro motivo (...) ah, acho que eles não precisam saber que me trato aqui no hospital universitário.”

“O pessoal lá da unidade não tem nada o que saber. Porque se eu contar, eles não vão ter o que fazer, eu estou aqui me tratando no hospital universitário. Daí eu confio aqui e não conto nada pra eles. Mas daqui uns dias eu volto lá e já vou estar boa.”

Observa-se através destes depoimentos não apenas a desarticulação do sistema, mas também a internalização desta fragmentação pelo usuário, concebendo-a como algo natural, não sendo notório e significativo para ele um acompanhamento de modo integral. Isto evidencia a importância de investimentos em mudanças nos modelos de gestão e atenção, bem como a forma com que o usuário acessa e percebe o sistema de saúde.

A linha de cuidado deve atravessar inúmeros serviços de saúde, através de um grande pacto realizado entre todos os atores envolvidos, sendo o usuário o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde (CECÍLIO & MERHY, 2003). A adoção desta estratégia objetiva evitar a fragmentação nos serviços de saúde e no acompanhamento de usuários, por meio de fluxos organizados, garantindo à população integralidade, acesso ao sistema e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades, de modo que o usuário realmente seja o ponto central estruturante do SUS, e não os serviços e procedimentos, tal como se evidencia pela fala a seguir:

“Precisa de paciência para percorrer tudo, mas já sou vacinada disso. Eu sei que tudo tem que ter calma, tem que enfrentar. Só essa demora que deixa a gente nervosa.”

Mais do que um “sistema”, autores como Celílio (2001), Cecílio e Merhy (2003), Campos e Domitti (2007) defendem a idéia de que se deveria pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. Ou seja, tais autores desafiam a instituição da tese de que não há integralidade sem a constituição de linhas ou redes de cuidados, pois, somente assim, há possibilidade de transversalidade.

Enfim, o cuidado em saúde deve ser entendido como somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários atores envolvidos, incluindo o usuário. Desta maneira, configura-se como uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação,

sendo a integralidade da atenção resultante da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores e serviços (CECÍLIO & MERHY, 2003).

Frente ao exposto, a organização de linhas do cuidado deve se pautar no sentido de produzir um grande pacto na rede assistencial, a partir de uma ampla capacidade de interlocução, negociação, associação da técnica e política, com implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais. É preciso um acordo assistencial que garanta disponibilidade de recursos, fluxos centrados no usuário, instrumentos que permitam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção, efetivação de contra-referência para a Atenção Básica, gestão colegiada e processos de educação permanente (SMS BH, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, foi possível obter um panorama geral sobre o fluxo de usuários acometidos por ACP nos diversos níveis de atenção e gestão do sistema de saúde analisado e a maneira como este responde às suas demandas. A pesquisa revelou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias à integração dos diversos níveis de complexidade do sistema, com conseqüente desarticulação e fragmentação no cuidado a estes indivíduos. Os serviços de referência e contra-referência são pouco apoiados nas diretrizes e protocolos existentes, ou muitas vezes estes nem são considerados pelos profissionais.

A situação encontrada, em síntese, contribui para uma menor resolutividade das ações em saúde, provavelmente acarretando o agravamento das condições de saúde destes indivíduos, piorando sua qualidade de vida, além de sobrecarregar os serviços de maior complexidade do SUS.

Também foi possível evidenciar a influência que os modelos de estruturação dos serviços têm sobre o processo de cuidado, apontando para a necessidade de sua reorientação, através da inserção de novas práticas de gestão e atenção em saúde, direcionadas para a integralidade da atenção nos vários níveis do sistema, por meio da articulação entre distintos serviços e ações de saúde.

Para atender às demandas destes usuários surgem as linhas de cuidado como sugestão de dispositivo para se obter a integralidade da atenção como eixo norteador das ações em saúde, através da garantia de fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.

Torna-se necessária a criação e implantação de um fluxo ordenado para o acesso dos sujeitos acometidos por ACP aos serviços deste sistema local de saúde, a fim de tornar a atenção mais resolutiva. O primeiro passo seria o acolhimento na Unidade Básica de Saúde, levantando hipóteses diagnósticas, e orientando a realização de exames e tratamentos diversos. Assim, esse sujeito seria encaminhado ao hospital de alta complexidade apenas para a realização de procedimentos complexos e inviáveis de serem realizados nos outros níveis da rede de saúde. Ainda, deveria ser pactuado entre as diversas instâncias de atenção e gestão a vinculação do usuário à UBS, efetivando desta maneira a linha de cuidado.

A vivência dos autores como residentes multiprofissionais possibilitou perceber a importância da participação destes como articuladores na troca de saberes e experiências para a construção de novos conhecimentos e alternativas originados da interconexão dos diferentes atores envolvidos no cuidado a sujeitos portadores de ACP nos diversos níveis de gestão e atenção, através de uma concepção ampliada de saúde, pautada nos princípios e diretrizes do SUS. Ainda, permitiu o desenvolvimento de competências para articular ações, serviços e políticas públicas de saúde e para a criação de estratégias inovadoras nos campos da gestão e atenção em saúde, imprescindíveis para a construção de caminhos para a integralidade do cuidado, com repercussão positiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Assim, este estudo representou ser um instrumento passível de contribuir na discussão de uma reordenação do sistema de saúde local que abrange usuários acometidos por ACP, na tentativa de reconhecê-los em suas especificidades e como cidadãos portadores de direito a uma atenção qualificada e integral, através de processos contínuos de construção, desconstrução e reconstrução dos modos de fazer e pensar a saúde.

5 REFERÊNCIAS

BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**. 2011, vol.27, n.2, pp. 295-304. ISSN 0102-311X.

BOING, A.F.; ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciênc. saúde colet**. 2011, vol.16, n.2, pp. 615-622. ISSN 1413-8123.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, 1990. 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. Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União** 2001; 29 jan.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União** 2002; 28 fev.

BRASIL. Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 –Consolidação do SUS – e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União** 2006; 22 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União** 2008; 1º ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – cartilha da PNH, 2009. [acessado 2011 abr 27]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.

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 colet**. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.

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**, vol.23 nº 2, Rio de Janeiro, 2007.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. 1997, vol.13, n.3, pp. 469-478. ISSN 0102-311X.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução Nº 196/96, de outubro de 1996. Brasília; 1996.

DOBROSSY, L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. **Cancer and Metastasis Rev** 2005; 24:9-17.

FAVERO, E.F.; BITENCOURT, M.; ANDRADE JUNIOR, A.; CYRRILLO, C.G.; FERRAZ, L.G.C.; FRANZI, S.A. Perfil Epidemiológico de pacientes da grande São Paulo com carcinoma espinocelular avançado da boca e da orofaringe. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, nº 3, p. 155 -158, julho/agosto/setembro 2007.

FERLAY, J.; BRAY, F.; PISANI, P.; PARKIN, D.M. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. **IARC CancerBase No. 5**. Lyon, IARCPress, 2001.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde colet**. 2007, vol.12, n.4, pp. 965-971. ISSN 1413-8123.

FIREMAN, T.M.V. **SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos**. 2007. [acessado 2011 mai 03]. Disponível em www.crp15.org.br.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 200-**. [acessado 2011 abr 29]. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

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.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S331-S336. ISSN 0102-311X.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. [acessado 2011 mai 02]. Disponível em <http://www.inca.gov.br>.

MANFROI, E.M. **Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde** [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale dos Sinos, 2007.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza E, organizadores. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde colet**. 2006, vol.11, n.4, pp. 1011-1022. ISSN 1413-8123.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. saúde colet**. 2004, vol.9, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-8123.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **VIII Conferência Municipal de Saúde**. 2003 Set; Belo Horizonte, Brasil. [acessado 2011 abr 29]. Disponível em www.pbh.gov.br.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde colet**. 2010, 15(Supl. 3):3579-3586.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. 6. ed. Editora UFSM. Santa Maria, 2010.