

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO E
ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE - ÁREA
DE CONCENTRAÇÃO CRÔNICO-DEGENERATIVO**

**A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO PARA
A EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE COGESTÃO EM
SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Bruna Lencina Del Castillo

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar -
UFSM/HUSM CASTILLO, Bruna 2015**

**A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO PARA A
EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE COGESTÃO EM SAÚDE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

por

Bruna Lencina Del Castillo

Monografia elaborada como Trabalho de Conclusão de Programa a ser apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema de Público de Saúde- Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Atenção e Gestão Hospitalar.

Orientadora: Enf^a Ma Jucelaine Arend Birrer

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO E
ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE - ÁREA
DE CONCENTRAÇÃO CRÔNICO-DEGENERATIVO**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Monografia de
Conclusão de Programa

**A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO PARA A
EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE COGESTÃO EM SAÚDE: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

elaborada por **Bruna Lencina Del Castillo**

como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em
Atenção e Gestão Hospitalar**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Jucelaine Arend Birrer, Ma. (Orientadora)

Maria da Graça Caminha Vidal, Ma. (HUSM)

Márcia Martins Galetto, Ma. (UFSM)

Aliende Lengler Abentroth, Esp. (HUSM)

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

RESUMO

Monografia de Conclusão de Programa
Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar em
Sistema Único de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

**A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO PARA A EFETIVAÇÃO DO
PROCESSO DE COGESTÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

AUTOR: BRUNA LENCINA DEL CASTILLO

ORIENTADOR(A): ENF^a MS^a JUCELAINÉ AREND BIRRER

INTRODUÇÃO: O Rio Grande do Sul possui altas taxas de incidência de câncer de boca, sendo que as estimativas para o ano de 2014 do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicaram uma incidência de 15,49 casos a cada 100 mil homens. Frente à complexidade da patologia e principalmente à dificuldade na realização do diagnóstico precoce, faz-se necessária a articulação dos serviços de saúde dos diversos pontos da rede de atenção para a oferta de uma atenção integral. Para o planejamento e articulação dessas ações podem ser utilizados dispositivos de gestão como grupos de trabalho. **OBJETIVO:** Descrever o processo de trabalho de um grupo de profissionais e gestores de saúde do Município de Santa Maria/RS formado para a discussão das necessidades de saúde dos pacientes com câncer de boca. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso, de caráter descritivo onde foi relatado o processo de trabalho de um grupo de profissionais dos diversos pontos da rede de atenção ao paciente com câncer de boca. **RESULTADOS:** Foi possível observar a importância do planejamento e diálogo entre os diferentes profissionais, da articulação intersetorial para a construção da rede de atenção à saúde do paciente portador de câncer de boca, a necessidade de construção de espaços coletivos de discussão e a importância da pactuação de fluxos que facilitem o acesso do usuário ao sistema de saúde. **CONCLUSÃO:** O incentivo aos profissionais da saúde para o envolvimento nos processos de gestão é necessário para que os mesmos se sintam sujeitos ativos e protagonistas na construção das redes de atenção à saúde desenvolvendo assim o sentimento de corresponsabilidade em todas as etapas do trabalho de produção de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde, equipe de assistência ao paciente, humanização da assistência

ABSTRACT

Monografia de Conclusão de Programa
Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar em
Sistema Único de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

FORMATION OF A WORKING GROUP FOR EFFECTIVE PROCESS CO- MANAGEMENT HEALTH: A EXPERIENCE REPORT

INTRODUCTION: The Rio Grande do Sul has high rates of incidence of oral cancer , and the estimates for the year 2014 of the National Cancer Institute (INCA) showed an incidence of 15.49 cases per 100,000 men . Faced with the complexity of the condition and especially the difficulty in early diagnosis is necessary articulation of health services of the various points of care network for the provision of comprehensive care. For planning and coordination of the various points in the network, can be used in devices such as management working groups. **OBJECTIVE:** To describe the working process of a group of health professionals and managers in the city of Santa Maria / RS formed to discuss the health needs of patients with oral cancer. **METHODOLOGY:** This is a case report of a descriptive character which was reported the work process of a group of professionals from different points in the network of care for patients with oral câncer. **RESULTS:** As the study results was possible to observe the importance of planning and dialogue between different professionals, intersectoral coordination for the construction of the care network to health of patients with oral cancer , the need for construction of collective spaces of discussion and the importance of agreeing on flows that facilitate user access to the health system. **CONCLUSION:** The incentive for health professionals to involvement in management is necessary so that they feel active subjects and protagonists in the construction of health care networks thus developing a sense of responsibility in all stages of production work health.

Keywords: Health management, support staff, the care humanization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1 Neoplasias de cabeça e pescoço e boca.....	12
4.2 Construção de redes para a integralidade do cuidado	13
4.3 Política Nacional de Humanização (PNH).....	13
4.4 Cogestão	14
5 METODOLOGIA.....	16
5.1 Delineamento do estudo	16
5.2 Local da pesquisa.....	17
5.3 População.....	17
5.4 Aspectos éticos	17
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
8 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	26

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma situação de transição epidemiológica e demográfica na qual há uma predominância das condições crônicas, estando entre elas o câncer de boca. Na região sul do país, este tipo de câncer apresenta taxas elevadas, com 16,4 e 13,14 casos em cada 100 mil homens nos estados do Paraná e Santa Catarina, respectivamente (INCA, 2014).

Embora a doença ocorra em uma localização bastante acessível ao exame clínico, onde as alterações iniciais do câncer seriam facilmente detectáveis, estudos acumulam evidências de que esse tipo de doença ainda é diagnosticado tardiamente levando, em grande parte dos casos a um tratamento mutilador. Por tratar-se de uma patologia complexa, faz-se necessária a construção de uma rede de atenção que garanta aos usuários ações e serviços efetivos de forma a contemplarem a integralidade do cuidado (GOMEZ et al, 2010; WADE et al. 2010).

O cuidado integral às condições crônicas necessita de mudanças na organização do trabalho em saúde para a superação do sistema fragmentado vigente. Uma das estratégias para superar este desafio é a implantação de redes de atenção à saúde (MENDES, 2010). Segundo Mello (2014), há a necessidade de constituição de uma rede progressiva de cuidados à saúde bucal, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência para as diversas especialidades. Entende-se que somente este processo não envolva toda a longevidade de uma linha de cuidado para determinada patologia, necessitando além de fluxos e protocolos instituídos uma unidade de cuidado responsável pela garantia continuidade da assistência.

A construção das redes de apoio ao diagnóstico aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre a ideia de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Diante deste quadro, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2009a) surge para incentivar o debate sobre os modelos de gestão e atenção à

saúde e a valorização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e de trabalho em saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas atividades o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. O modelo de gestão da PNH é centrado no trabalho em equipe com espaços coletivos de compartilhamento do poder com análises e decisões construídas coletivamente (BRASIL, 2009a).

Frente esta nova configuração, o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) vem promovendo há quatro anos momentos de aproximação entre os gestores e profissionais da saúde para discutir o tema que envolve o câncer de cabeça e pescoço. Especificamente neste estudo o foco se concentrou no câncer de boca por ser uma demanda emergida dos diversos atores do sistema. A proposta principal é descrever o processo de formação de um grupo de trabalho formado para a discussão das necessidades de saúde dos pacientes com câncer de boca no município de Santa Maria, com o intuito de reorganizar a especialidade baseado na estruturação de linhas de cuidado, um dos princípios balizadores da integralidade.

2 JUSTIFICATIVA

As residências multiprofissionais em saúde vêm com o intuito de promover a reorganização do modelo de atenção à saúde com base em discussões que possam contribuir na lógica da mudança, na quebra de modelos tradicionais, transformando a rotina diária dos profissionais da saúde em espaços produtivos onde a contribuição de cada ator constitui um ato mudança não somente teórica, mas principalmente operacional.

Pela necessidade extrema de implantar novas tecnologias de trabalho no âmbito da saúde do Município de Santa Maria e com o propósito de melhorias nas ações assistenciais, um grupo de residentes multiprofissionais (fonoaudiólogos, cirurgiã-dentista e nutricionista) da Universidade Federal de Santa Maria realizou um diagnóstico situacional no ano de 2013 a 2014 referente ao acesso dos usuários ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Hospital Universitário de Santa Maria. Neste estudo foram verificadas como limitações do acesso: encaminhamentos incorretos, portas invisíveis, demora nos encaminhamentos, diagnóstico tardio com agravos irreversíveis, entre outros.

A partir deste diagnóstico, justifica-se este trabalho devido à necessidade de uma intervenção a fim de propor mudanças na organização da rede de atenção à saúde do município. Foi realizada uma intervenção com profissionais da atenção básica, atenção hospitalar e gestão municipal para a discussão e pactuação de formas de aperfeiçoar o acesso desses usuários aos serviços de saúde, sendo observada a necessidade de aperfeiçoar o diagnóstico precoce das neoplasias de boca.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de regulação assistencial do paciente portador de câncer de boca na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o planejamento das ações nos serviços de saúde.

3.2 Objetivos específicos

Descrever o processo de trabalho de um grupo de profissionais e gestores de saúde do Município de Santa Maria/RS formado para a discussão das necessidades de saúde dos pacientes com câncer de boca no Município.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Câncer de cabeça e pescoço e boca

O Brasil passa por uma situação de transição epidemiológica e demográfica na qual há uma predominância das condições crônicas. Dentre essas doenças podemos destacar as neoplasias de cabeça e pescoço, que representam aproximadamente 5% de todas as neoplasias e atingem cerca de 1,7% da população brasileira). O câncer de cabeça e pescoço tem ganhado destaque nos últimos tempos, principalmente o câncer de boca devido às estimativas, que apontam que este será o oitavo câncer mais incidente, e à sua forte associação com fatores de risco como tabagismo e etilismo (MENDES, 2012; SABAS et al, 2012; BONFANTE et al, 2014).

O Rio Grande do Sul possui uma das taxas de incidência mais elevadas do país, sendo que as estimativas para o ano de 2014 do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam uma incidência de 15,49 casos a cada 100 mil homens para a neoplasia maligna da cavidade oral. Além da significativa incidência e mortalidade, estas patologias de cabeça e pescoço geram impactos negativos, e por vezes devastadores, na qualidade de vida dos pacientes. Tratamentos mutiladores podem acarretar em disfonia, disfagia e mutilações faciais, com perda funcional e grande repercussão no relacionamento social (INCA, 2014; BOING E ANTUNES, 2011).

As cirurgias agressivas podem ser evitadas quando é realizado o diagnóstico precoce das neoplasias de boca, sendo este considerado o meio mais eficaz de que se dispõe para uma melhora no prognóstico da doença e aumento da taxa de sobrevivência. Estudos de Tucci et al (2010), Sassi et al. (2010) e Carter & Ogden (2007) sugerem diversas situações que poderiam levar a essa demora como a dificuldade dos profissionais de orientarem o paciente corretamente, demora na procura do profissional devido ao medo do diagnóstico, ou procura tardia quando já há alguma restrição que afeta suas atividades.

Por estarem em ascensão no país e provocando altos índices de mortalidade, as neoplasias de boca geram maior preocupação e a necessidade da construção de uma rede de atenção que garanta aos usuários ações e serviços efetivos de forma a contemplarem a integralidade do cuidado.

4.2 Construção de redes para a integralidade do cuidado

A predominância de condições crônicas no contexto de saúde do Brasil exige mudanças profundas na organização do trabalho em saúde para a prática efetiva da integralidade do cuidado. Um dos desafios dessas mudanças é a superação do sistema fragmentado vigente através da implantação de redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Segundo a Portaria 4.279, de dezembro de 2010, a Rede de Atenção à Saúde é considerada como decorrente de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

A diversidade de ações e serviços necessários para atender às necessidades de saúde da população necessitam ser integrados, o que implica em um arranjo organizacional na expectativa de rede. O desafio da construção das redes está no desenvolvimento de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção à saúde que devem estar articulados sob a regência da Atenção Primária de Saúde (MENDES, 2010).

A resolutividade, a integralidade e a qualificação desta atenção articuladas ao conjunto da rede de serviços, são os pressupostos que regem a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, no Brasil. Há a necessidade de constituição de uma rede progressiva de cuidados à saúde bucal, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência para as diversas especialidades (CHAVES & VIEIRA-DA-SILVA, 2007; MELLO, 2014).

4.3 Política Nacional de Humanização (PNH)

Apesar da necessidade da construção de redes para a efetiva atenção integral ao usuário, a organização da atenção e da gestão do SUS caracteriza-se por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. Diante deste quadro, a Política Nacional de Humanização (PNH) surge para incentivar o debate sobre os modelos de gestão e atenção, aliados aos de

formação dos profissionais de saúde e aos modos que vem sendo exercidos pelo controle social (BRASIL, 2012)

A PNH compreende a valorização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e compreende, como valores que a norteiam, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, os vínculos solidários e a participação coletiva. O modelo de gestão da PNH é centrado no trabalho em equipe com espaços coletivos de compartilhamento do poder com análises e decisões construídas coletivamente. A PNH fomenta a transversalidade e a grupalidade juntamente ao apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, na construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos implicados na rede SUS e sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção (BRASIL 2009a; BRASIL, 2004)

Para atingir os objetivos aos quais se propõe, a PNH apresenta algumas diretrizes, dispositivos e ofertas metodológicas, tais como acolhimento, clínica ampliada, equipe de referência/apoio matricial, projeto terapêutico singular, valorização dos trabalhadores da saúde, formação de redes, visita aberta e direito a acompanhante, bem como a implementação de cursos de formação, câmaras técnicas e comitês de humanização nos locais de trabalho (BRASIL, 2004).

Os movimentos de lateralidade e transversalidade incentivados pela PNH procuram provocar a circulação dos saberes e poderes visando melhorar os processos comunicacionais e dessa forma alterar o padrão organizacional e de gestão verticalizado e hierarquizado. A produção de saúde ocorre através de encontros, a partir da interação entre os sujeitos na construção de contratos terapêuticos que possam servir à qualificação da vida, bem como na ampliação dos sentidos do trabalho em saúde que produzam sujeitos mais livres e autônomos (PASCHE, PASSOS E HENNINGTON, 2010).

4.4 Cogestão

Segundo o HumanizaSUS-Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010b), é possível entender a humanização no SUS como, dentre outras coisas, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Esta política sugere uma mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a

produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho. Diante disso, para que haja a operacionalização da humanização no SUS é necessária a construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.) proporcionando a construção e a troca de saberes.

Os colegiados gestores e espaços coletivos são dispositivos que trazem a concepção de cogestão como estratégia de ampliar e transversalizar um modo participativo de funcionamento dos serviços e equipes de saúde. A compreensão de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos permitindo uma construção compartilhada de conhecimentos a partir do exercício do diálogo e da pactuação entre os diferentes sujeitos nos processos de tomada de decisão (BRASIL, 2008; SANTOS FILHO e FIGUEIREDO, 2009).

Os colegiados são considerados espaços/instâncias que reúnem representantes dos trabalhadores e gestores, onde se formulam e se apreciam propostas procedentes dos diversos atores (trabalhadores, gestores e usuários), deliberando-se sobre planos, garantindo: o compartilhamento do poder dos diferentes membros, a coanálise, a codecisão e a coavaliação de propostas, metas, indicadores e aspectos próprios da articulação do processo local de trabalho (SANTOS FILHO e FIGUEIREDO, 2009).

A cogestão e o modo coletivo de produção de saúde e de sujeitos são os norteadores da construção da PNH como política pública. A PNH surge em um cenário de desafios para a construção do SUS como, por exemplo, o vínculo frágil trabalhadores-usuários, a precarização das relações de trabalho e pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, o desestímulo ao trabalho em equipe, entre outros. Estes desafios exigem mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde visando a melhoria da qualidade da assistência e a satisfação do usuário, em um processo no qual o protagonista seja o trabalhador da saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010b).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

O presente trabalho configura-se como um recorte integrante do projeto 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), iniciado no ano de 2012. Trata-se da continuidade de uma intervenção com profissionais da saúde dos três níveis de atenção, realizada em março de 2014 por um grupo de residentes do PRMS, vinculados ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da ênfase crônico degenerativo.

Essa intervenção foi realizada para apresentar os resultados do diagnóstico situacional sobre o acesso dos pacientes ao Serviço de Cabeça e Pescoço realizado pelo grupo de residentes, o qual apresentou como um dos resultados as dificuldades nos encaminhamentos. A partir da discussão realizada na intervenção citada, houve a necessidade de se formar um grupo de trabalho para a discussão e planejamento das ações e serviços de saúde do município de Santa Maria que poderiam atender a estas demandas, sendo observada a necessidade de aperfeiçoar o diagnóstico precoce do câncer de boca. O relato do processo de trabalho deste grupo foi o objetivo deste estudo.

Este estudo caracteriza-se como um estudo descritivo do tipo relato de caso que visa contribuir para reflexão da utilização de dispositivos de gestão, a partir da formação de um grupo de trabalho multiprofissional com foco no diagnóstico precoce de neoplasia de boca. Este estudo é considerado descritivo por descrever a realidade, não se destinando a explicá-la ou nela intervir.

O relato de caso é um dos exemplos de estudo descritivo utilizado frequentemente em áreas de gestão ou administração, quando algumas realidades são descritas de forma a partilhar experiências. Este tipo de estudo apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (ARAGÃO, 2011).

5.2 Local da pesquisa

Foram realizadas quatro reuniões no município de Santa Maria de acordo com a disponibilidade dos participantes do grupo de trabalho sendo dois encontros na Universidade Federal de Santa Maria e dois na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.

5.3 População

Participaram do grupo de trabalho profissionais da rede de atenção à saúde do Município de Santa Maria- RS sendo dois representantes da atenção básica, três representantes da atenção hospitalar e três representantes da Secretaria de Saúde. Dentre estes profissionais estavam dois dentistas, uma fonoaudióloga, três médicas e uma enfermeira. O critério de inclusão foi o interesse dos profissionais em participar do grupo e o fato de trabalhar em área afim à temática do câncer de boca.

5.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com o número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 06493312.3.0000.5346.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível observar a utilização da gestão compartilhada como dispositivo para pactuação e planejamento das ações de saúde do Município de Santa Maria referentes aos pacientes com câncer de boca. Segundo a Portaria nº 399/2006, há alguns pontos prioritários de pactuação para o planejamento, estando entre eles a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS. O PlanejaSUS traz como uma das responsabilidades do âmbito municipal a coordenação de ações participativas visando a identificação de necessidades da população, tendo em vista a melhoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

De acordo com André e Ciampone (2007), o gestor de saúde, independente da sua esfera de atuação, necessita ter uma visão ampliada de saúde, sendo capaz de uma priorização adequada dos problemas e necessidades da comunidade e da execução de um modelo de atenção integral e de gestão participativa.

Este processo de identificação das necessidades de saúde da população com relação ao câncer de cabeça e pescoço, incluindo neste rol o câncer de boca, foi realizado por residentes multiprofissionais atuantes no Hospital Universitário de Santa Maria, apresentando como resultado a constatação da fragmentação do cuidado e a necessidade de reestruturação dos modelos assistenciais vigentes, por meio da garantia de um fluxo de cuidado que opere de modo interligado (DUBOW et al., 2014).

Este foco de trabalho do diagnóstico situacional continuou a ser desenvolvido pelos residentes multiprofissionais no Hospital Universitário de Santa Maria no ano de 2014 trazendo a necessidade de um encontro dos profissionais dos diversos níveis de atenção para a apresentação dos resultados. O encontro deu início à formação do grupo de trabalho para a discussão e planejamento das ações e serviços de saúde do município de Santa Maria que poderiam atender as demandas dos pacientes com suspeita de neoplasia de boca.

Diante do exposto, a compreensão de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos permitindo uma construção compartilhada de conhecimentos a partir do exercício do diálogo e da pactuação entre os diferentes sujeitos nos processos de tomada de decisão (SANTOS FILHO e FIGUEIREDO, 2009).

Guizardi (2009) corrobora afirmando que a coordenação dos processos de trabalho e da organização do sistema não necessita ter como pressuposto a centralização do poder de decisão. Frente a isto, o autor também traz a ideia de que a assistência ganha forma nas decisões do cotidiano sendo necessário o reconhecimento dos atores nos espaços nos quais seu saber e sua experiência é requisitada como estratégia política de constituição de realidades sociais.

A nova forma de gestão pública envolve a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções (BRASIL, 2009b). Os espaços coletivos são uma estratégia de democratização das relações de poder, de superação das capacidades assimétricas de decisão, que visa a garantir aos trabalhadores o acesso à informação e o tempo necessário aos processos de discussão, deliberação e planejamento. A cogestão, nesta perspectiva, pode ser proporcionada pelo compromisso dialógico de definir de forma compartilhada os objetivos e estratégias de intervenção, bem como seu valor e seu sentido (GUIZARDI & CAVALCANTI, 2010).

No diálogo promovido entre os profissionais da gestão e atenção observados no presente estudo, foi possível constatar que havia uma dificuldade no diagnóstico precoce das lesões sugestivas de câncer de boca e, principalmente, a dificuldade de encaminhamento dos pacientes decorrente da inexistência de um percurso de acesso ao usuário no sistema. Observou que existe um sistema e não uma rede onde os fluxos assistências possam estar interligados tracejando o caminho do usuário, demonstrando não haver uma linha de cuidado pré-estruturada.

Em estudo de Santos, Batista & Cangussu (2010) realizado em um hospital do estado de Alagoas, os autores constataram dificuldade com relação aos encaminhamentos dos pacientes com lesões suspeitas de câncer de boca, corroborando com os resultados encontrados neste estudo. Quanto ao tempo de encaminhamento desses pacientes pelos profissionais que os atenderam no serviço de saúde de seu local de origem, 27% desses pacientes chegaram com menos de dois meses ao Serviço de Cabeça e Pescoço do hospital de referência, 55,4% levaram de 2 a 6 meses, e 17,6% demoraram mais de 6 meses.

Em estudo de Lombardo et al. (2014) foi possível constatar que o atraso nos encaminhamentos pode estar relacionado à qualidade da informação de

instrumentos como os de referência e contrarreferência e às conexões entre os níveis de atenção. Este cenário sugere a dificuldade de comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção. Na discussão do grupo de trabalho foi possível verificar que a referência e contrarreferência não são suficientes para efetivar o acesso desses pacientes, ficando os mesmos perdidos no sistema. Dessa forma, o grupo entendeu que a abordagem para o acesso precisaria ser subsidiada por um método mais qualificado, como a construção de fluxos na perspectiva da organização da linha de cuidado.

A partir disso foi iniciada uma discussão para identificar qual o percurso percorrido pelos mesmos na rede de atenção à saúde no Município de Santa Maria/RS partindo da assistência primária, ou seja, a atenção básica. Constatou-se que algumas lesões identificadas na atenção básica eram encaminhadas para outras especialidades que não a da especialidade de cabeça e pescoço, por exemplo, para estomatologia, passando por longos períodos de espera até alcançar o ponto de atenção à saúde necessário para a continuidade do cuidado.

Estudos trazem que os principais fatores para o atraso no encaminhamento são o acesso ao serviço de saúde, o sistema de marcação de consultas, o sistema de transportes, a questão cultural e financeira, além do reconhecimento das lesões pelos primeiros profissionais que fazem a primeira consulta (COSTA E MIGLIORATI, 2001; CAMPOS, CHAGAS & MAGNA, 2007).

Santos, Batista & Cangussu (2010), colocam que o desconhecimento e o despreparo do profissional com relação às lesões suspeitas da boca dificultam o encaminhamento desses pacientes. Outros estudos sinalizam que as falhas no conhecimento sobre o câncer de boca entre os profissionais da saúde, seja na rede pública, ESFs ou consultórios particulares, há anseio dos mesmos em se capacitarem através de cursos atualização, com a finalidade de aumentarem seus conhecimentos e práticas nesta área (CAMPOS, CHAGAS E MAGNA, 2007; GERVASIO et al. 2001)

Um fator importante levantado nas discussões do grupo de trabalho foi com relação ao ingresso tardio dos pacientes na atenção hospitalar. Os pacientes acessam a atenção hospitalar em um nível avançado da doença, muitas vezes impossibilitando a realização do tratamento cirúrgico. A partir deste diagnóstico situacional foi acordado que seria realizada uma capacitação com os profissionais da rede básica de atenção do município para a discussão e elucidação dos casos

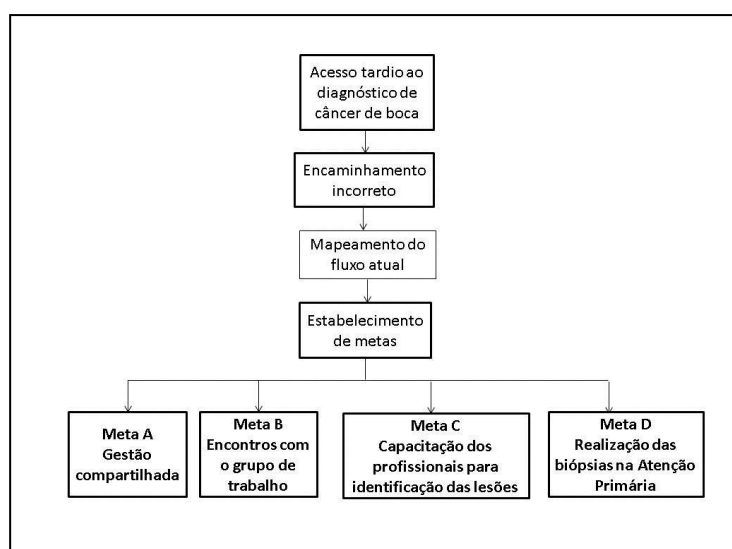
que poderiam ser sugestivos de câncer de boca e deveriam ser encaminhada para o Serviço de Cabeça e Pescoço do hospital universitário, referência para estes casos.

Com relação a esta problemática foram discutidas entre o grupo algumas estratégias para facilitar o acesso dos usuários diagnosticados com câncer de boca, como a realização das biópsias em outros pontos da rede que não o hospitalar a fim de encaminhar com maior agilidade para a especialidade de Cabeça e Pescoço os pacientes que apresentassem resultado positivo para malignidade.

Uma das sugestões do grupo foi à realização das biópsias no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do Município demonstrando a necessidade de articulação e pactuação entre diferentes setores da rede de atenção. Para a efetivação da realização das biópsias em outro ponto de atenção da rede que não o hospitalar, foi acordado a realização de uma capacitação prática com os profissionais odontólogos e médicos interessados sob a responsabilidade da gerente do serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Santa Maria.

A Figura 1 demonstra o processo de trabalho do grupo com a realização de um diagnóstico situacional e o planejamento de ações e metas.

Figura 1- Processo de trabalho do grupo



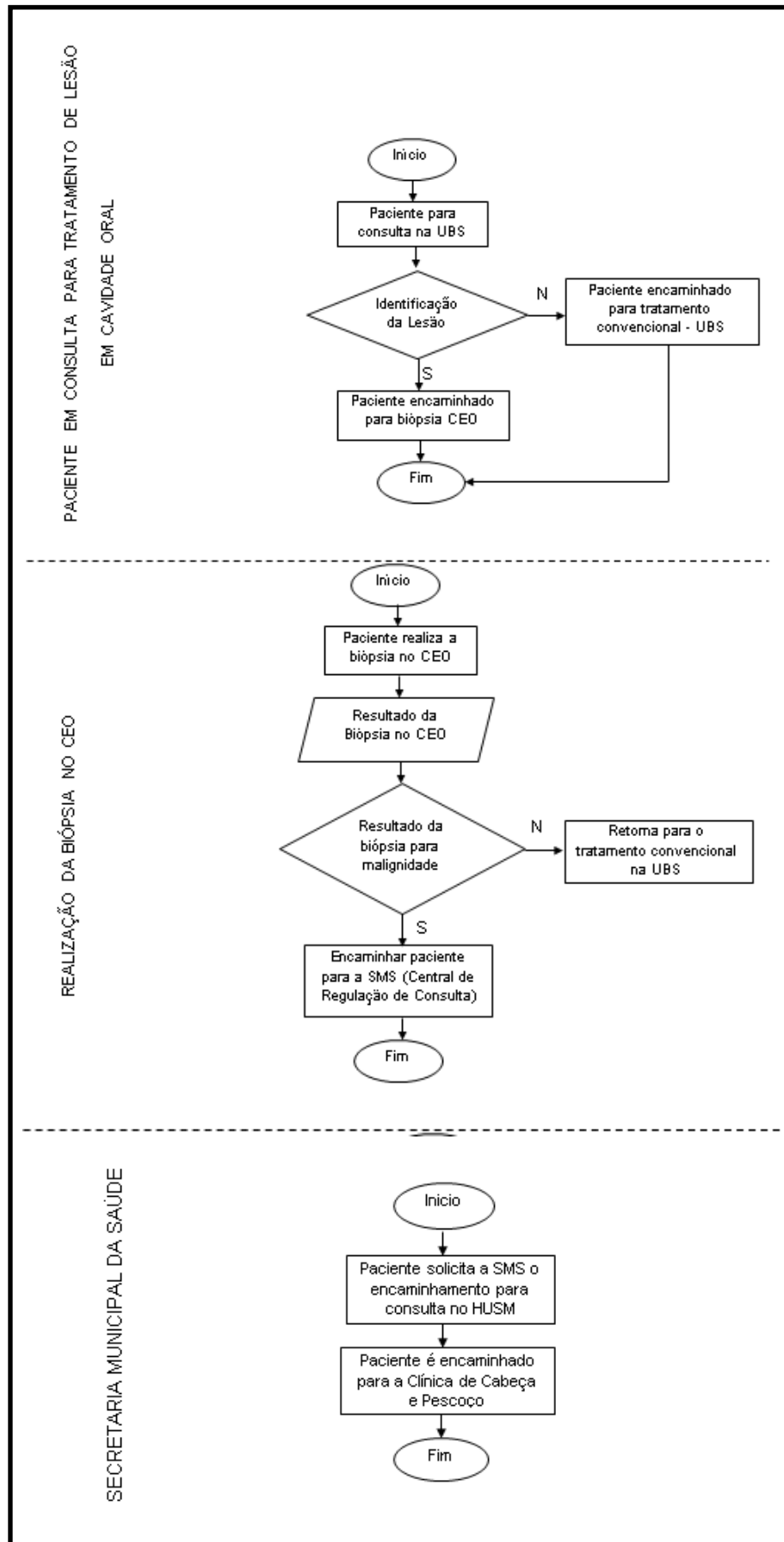
De acordo com Dias et al. (2014), a intersetorialidade pressupõe desenvolver ações articuladas e integradas objetivando planejar em conjunto para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Um setor isolado é limitado na solução das situações de adversidades, contudo, a ação

conjunta pode gerar um cuidado integral e resolutivo trazendo inúmeros benefícios para a população.

Campos (2000) enfatiza que a intersectorialidade envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou o enfrentamento final do problema principal, além da acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.

Frente a essas questões e como produto desses encontros do grupo de trabalho foi elaborado um fluxograma (FIGURA 2) do percurso destes pacientes, a fim de atender suas necessidades terapêuticas e dar início a construção da linha de cuidado dos pacientes com neoplasia de boca. A construção de fluxogramas se torna instrumento importante no planejamento e efetivação das linhas de cuidado, pois permite o direcionamento correto dos pacientes dentro da rede de serviços de atenção à saúde.

FIGURA 2- Fluxograma da rede de atenção à saúde aos pacientes com suspeita de câncer de boca.



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tratou de descrever o processo de trabalho de um grupo de profissionais e gestores de saúde do Município de Santa Maria/RS formado para a discussão das necessidades de saúde dos pacientes com câncer de boca no Município, trazendo uma nova forma de se realizar o processo de gestão na área da saúde. Esta forma de organização do processo de gestão permite a participação dos profissionais de saúde nas decisões que afetam diretamente o cotidiano do trabalho. O envolvimento dos profissionais como atores sociais ativos no processo de gestão é responsável por gerar o sentimento de valorização do trabalhador em saúde incentivando a inovação no campo das ideias e a criatividade dos mesmos.

O trabalho de cogestão por si só já propicia o diálogo entre os diversos atores envolvidos no cuidado ao paciente, incentivando o trabalho em equipe, o respeito entre os profissionais e a responsabilização, que trazem como resultado um atendimento mais integral ao usuário.

Enquanto equipe multiprofissional, as diversas formas de diálogo se tornam de fundamental relevância por aproximarem os sujeitos dos diferentes núcleos profissionais e incentivarem a cooperação em equipe na resolução dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho. No campo da fisioterapia, bem como no das demais profissões da área da saúde, esta valorização do trabalho em equipe e da troca dialógica se torna importante por permitir o conhecimento da opinião das demais áreas com relação à determinada situação e para a integração entre as diversas especialidades a fim de orientar o cuidado integral ao usuário. Além disso, o envolvimento de profissionais historicamente assistenciais como o fisioterapeuta no processo de gestão, na articulação entre os pontos da rede de atenção e na construção de estratégias proporciona um campo de práticas novo mas ainda pouco explorado por este núcleo profissional.

Apesar do incentivo das políticas para a mudança dos modelos de organização e planejamento da atual rede de saúde através da utilização de novos dispositivos de gestão, ainda há dificuldade para a implantação dos mesmos devido à vigência do modelo de organização fragmentado dos serviços de saúde.

No presente estudo foram constatadas algumas limitações para efetivação dos processos de trabalho propostos como: o interesse de um número pequeno de profissionais para a discussão do tema, as dificuldades de reunir os diversos atores

devido à localização das reuniões, conflitos com horários de trabalho e a falta de um coordenador das reuniões que estivesse atrelado à rede de saúde do município e que se responsabilizasse pela execução das reuniões.

Esse processo de articulação entre os profissionais e execução das reuniões acabou sendo desenvolvido pelo grupo de residentes multiprofissionais do PRMS os quais articularam os horários e locais de acordo com a disponibilidade de todos os participantes do grupo, realizaram os registros em ata para a formalização das reuniões e retomada dos pontos de discussão em cada encontro sucessivo.

Em todo o processo, os participantes do grupo demonstraram interesse na proposta e foram colaborativos com os residentes, porém nenhum dos profissionais se responsabilizou pela continuidade do processo. Este fato demonstra a necessidade de se incentivar e motivar os profissionais a assumirem o compromisso de corresponsabilização com o processo de gestão.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria passa atualmente por um processo de mudanças com a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). Diante disso, essa proposta necessita tramitar em instâncias da Secretaria para ser institucionalizada entre gestores, trabalhadores e usuários da rede de atenção à saúde do município, garantindo a efetivação do processo de trabalho.

O fluxograma elaborado ainda passará por ajustes devido a inserção de outros hospitais do município na rede de atenção do paciente com câncer de boca. No Hospital Universitário de Santa Maria, o próximo grupo de residentes tem como objetivo dar continuidade à construção da linha de cuidado a estes pacientes por meio da organização de fluxos internos no âmbito hospitalar assim como o retorno aos seus domicílios e às suas unidades de referência na atenção básica.

8 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *RevEscEnferm USP* 2007; 41(Esp):835-40.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista práxis* ano III, nº 6 - agosto 2011.

BOING, A. F.; ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.2, pp. 615-622. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n2/v16n2a25.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2014.

BONFANTE, G. M. Set al . Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 5, May 2014 .

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizasus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da

Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

CAMPOS, J. L. G.; CHAGAS, J. F. S.; MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevivência e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2007; 36 (2): 65-8.

CAMPOS, G. W. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARTER, L. M.; OGDEN, G. R. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ* 2007; 7:1-8.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saude Publica* 2007; 23(5):1119-1131.

COSTA, E.G; MIGLIORATTI, C.A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.47, n.3, jul/ago/set. 2001.

DIAS, M. S. A. et al . Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, Nov. 2014

DUBOW, C. et al . Line of care as a device for completeness of attention for users affected by neoplastic injuries on head and neck. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, Mar. 2014.

GERVÁSIO, O. L. et al. Oral Squamous Cell Carcinoma: a Retrospective Study of 740 Cases in a Brazilian Population. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 57-61, Jan./June 2001.

GOMEZ, I. et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis* 2010; 16:333-42.

GUIZARDI, F.L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trab. Educ. Saude*, v.7, n.1, p.9-34, 2009.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: Reflexões sobre a produção de democracia institucional **Physis**, Rio de Janeiro, v 20, n.4, dezembro 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

LOMBARDO, E. M. et al .Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, Apr. 2014 .

MELLO, A. L. S. F. de et al .Saude bucal na rede de atencao e processo de regionalizacao. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, Jan. 2014

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. Disponível em <www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5996>. Acesso em: 10 abr. 2010

PESSÔA, L. R. (Coord.) Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php> Acesso em: 12 de jan2015

SABAS, C. V. et al. Oncologia Básica 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Braz. j. otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 76, n. 4, aug. 2010

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, jan. 2009 .

SASSI, L. M. et al. Prevenção em câncer bucal: 20 anos de campanha antitabaco no Estado do Paraná, Brasil. *RevBrasCir Cabeça Pescoço* 2010; 39:184-6.

TUCCI,R. et al. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. *RSBO* 2010; 7:231-8.

WADE, J. et al. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *FamPract* 2010; 27:77-84.