

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

**AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL PARA  
EFETIVAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA:  
PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA LINHA DE  
CUIDADO CABEÇA E PESCOÇO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO  
Modalidade Artigo Publicável**

**Camile Favretto**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

# **AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL PARA EFETIVAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO CABEÇA E PESCOÇO**

**Camile Favretto**

Trabalho de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo**

**Orientadora: Enf<sup>a</sup> Ms. Jucelaine Arend Birrer**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

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

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

**AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL PARA EFETIVAÇÃO DA CLÍNICA  
AMPLIADA: PERCEPÇÕES DO USUÁRIO DA LINHA DE CUIDADO CABEÇA E  
PESCOÇO**

Elaborado por  
**CAMILE FAVRETTO**

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

**Comissão Examinadora:**

  
JUCELAINE AREND  
BIRRER

  
FLÁVIA COSTA DA  
SILVA

  
TERESINHA HECK  
WEILLER

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

# ACÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL PARA EFETIVAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO CABEÇA E PESCOÇO

## ACTIONS OF CARE REGULATION FOR THE EFFECTUATION OF CLINICAL MAGNIFICATION: PERCEPTIONS OF USERS OF THE HEAD AND NECK CARE LINE

**Camile Favretto<sup>1</sup>, Jucelaine Arend Birrer<sup>2</sup>, Bruna Franciele da Trindade Gonçalves<sup>3</sup>, Elaine Miguel Delvivo Farão<sup>4</sup>, Letícia Maria Teixeira de Oliveira<sup>5</sup>**

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

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

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

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

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

### RESUMO

Este estudo possui como objetivo norteador analisar a percepção dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço na perspectiva da regulação assistencial no cenário em que estão inseridos. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, descritiva de abordagem qualitativa, realizada com usuários portadores de neoplasia de cabeça e pescoço proveniente de cinco municípios com maior incidência de casos, pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da região central do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Foram entrevistados 10 (dez) usuários que estiveram internados na unidade de clínica cirúrgica de um hospital universitário, referência para a região, entre o período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012. A análise dos dados se deu através da técnica de análise de conteúdo. Desta análise, emergiram três categorias não a priori: vínculo assistencial, educação em saúde e reinserção social. Os resultados mostram a inexistência de ações efetivas relacionadas à educação em saúde devido a informações fragmentadas no processo de comunicação entre profissionais de saúde e usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço; insegurança dos usuários em relação aos cuidados assistenciais prestados pela atenção básica e dificuldades de retorno às atividades de vida diária, devido à presença de sequelas e limitações decorrentes do processo cirúrgico, acarretando isolamento social.

**Descritores:** Regulação do fluxo assistencial; Linha de cuidado; Cabeça e pescoço; Clínica ampliada.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze the perception of the users of head and neck care line in the perspective of care regulation in a scenario in which they are inserted. It is about a research of cross-sectional survey, descriptive qualitative approach, performed with users suffering from head and neck neoplasm from five counties with the highest incidence of cases belonging to a Regional Health Coordination (CRS) of the central region of Rio Grande do Sul state. The data was collected by semi-structured interviews. Interviews were held with ten (10) users who were hospitalized in the surgical inpatient unit of a university hospital, a reference to the region, between the period from January 2010 to January 2012. The data analysis occurred using the technique of content analysis. From this analysis, three categories emerged no a priori: bond assistance, health education and social reintegration. The results showed the lack of effective action related to health education due to fragmented information in the communication process between health professionals and users of head and neck care line; insecurity of users in relation to assistance care; provided by basic attention and difficulties of return to activities of daily living, due to the presence of sequel and limitations resulting from the surgical process, leading to social isolation.

**Keywords:** Regulation of flow assistance; Care Line; Head and neck; clinical magnification.

## INTRODUÇÃO

Desde 1988, por meio da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo construído e apoiado na premissa de que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Para que esta conquista se efetive na prática, os princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde constituem-se como um desafio para os gestores de saúde.

A assistência pautada nestes princípios possui como condição uma política de regulação que contemple o cuidado integral ao usuário, com o propósito de potencializar as práticas de atenção. Para a efetivação desse processo, o planejamento do sistema de saúde utiliza mecanismos que buscam uma atenção básica resolutiva, encaminhamentos adequados, protocolos assistenciais e complexos reguladores, entre outros artifícios de gestão que possibilitem a regulação de acesso ao usuário diante dos serviços ofertados (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

Segundo a Portaria Número 1.571 a regulação na atenção à saúde é definida como um conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade da população, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, a fim de garantir o acesso com qualidade e resolubilidade, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2007).

Enquanto que a regulação assistencial é caracterizada pelo conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações responsáveis por assegurar o atendimento, o interesse e a satisfação do usuário ao Sistema Único de Saúde por meio da intermediação dos serviços de saúde e o acesso aos mesmos (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de Abreu de Jesus e Assis (2010), o acesso do usuário aos serviços de saúde se configura numa dimensão ampliada, configurando-se como um direito social. Para os autores, este acesso só se concretiza a partir da consciência de cidadania e pode ser um dispositivo que permita a transformação da realidade.

Dessa forma, torna-se fundamental as mudanças no processo de trabalho em saúde, na busca da qualidade dos serviços. Cabe ainda, aos gestores, a organização dos serviços de forma a integrar os diversos níveis de

atenção do sistema de saúde, onde o acesso e a resolutividade sejam elementos essenciais dentro do processo assistencial (MALTA; MERHY, 2010).

Com a intenção de aprofundar e enriquecer a discussão sobre essa temática, o presente estudo teve por **objetivo** *analisar a percepção dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço, na perspectiva da regulação assistencial, no cenário em que estão inseridos.*

A próxima sessão contempla o referencial teórico.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Para contribuir com o estudo, será contemplado neste capítulo os temas Regulação e Linha de cuidado, ambos essenciais para a compreensão deste estudo.

### **2.1 Regulação**

A regulação, no âmbito dos serviços de saúde, possui como objetivo conduzir, ordenar, orientar e fortalecer a capacidade do poder público de gestão do sistema e de responder de forma qualificada e integrada as demandas da população (BRASIL, 2007). Busca viabilizar que os objetivos e as diretrizes do sistema sejam alcançados, acompanhando e executando as diretrizes do SUS, segundo as necessidades da população.

Entende-se que a regulação pode contribuir com o fortalecimento da gestão, na garantia do direito à saúde, à universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade. Esta função possui uma estreita relação com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade, que garantem a assistência integral aos usuários do SUS (NASCIMENTO et al., 2009).

A regulação da atenção à saúde visa regular a infraestrutura dos serviços de saúde de forma a garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade com as necessidades da população. Sua base está dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados como objeto da produção das ações e inclui a regulação do acesso à assistência e controle assistencial (BRASIL 2006).

Considerando que a regulação assistencial constitui-se no conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que interferem na demanda dos usuários nos serviços de saúde e o acesso a eles, a regulação do acesso pode ser considerada como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime (BRASIL, 2007).

Para Magalhães (2002), a operacionalização do acesso aos serviços e a regulação assistencial necessita articular e conjugar respostas para as



demandas da população. Em um modelo assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo próprio sistema.

Para que isso se efetive na prática, Silva (2011) salienta que a logística para orientar o acesso e o fluxo dos usuários nas redes de saúde deve definir normas com destaque para a utilização de protocolos técnico-assistenciais, pressupondo meios para melhor conhecimento das famílias e das condições clínicas dos usuários.

Diante o que foi exposto, a regulação do acesso é instrumento para alcance das diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção, ou seja, um dos dispositivos para a efetivação da clínica ampliada. Nesse sentido, a proposição da clínica ampliada é integrar os elementos da clínica aos demais determinantes do processo saúde-doença. Propõe rever a reestruturação das práticas de produção de saúde. Requer, entre outros aspectos, colocar em discussão justamente a fragmentação dos processos de trabalhos, resultantes dos modelos de gestão da clínica em serviços públicos, para então, incorporar novas tecnologias, saberes e práticas, operando segundo os princípios do SUS. Segundo Dallora (2010) trata-se da busca pela viabilização do acesso do usuário à assistência mais adequada ao seu problema de saúde, sendo a linha de cuidado um dos pontos fundamentais para o processo de regulação.

## **2.2 Linha de Cuidado**

Segundo Campos (2006), o conceito de integralidade é utilizado apenas como um pano de fundo, como uma diretriz genérica para orientar políticas sociais e a organização de sistemas de saúde. A forma como se articulam as práticas dos trabalhadores exerce influência sobre a integralidade da atenção à saúde dos usuários que buscam esses serviços.

O cuidado em saúde pode ser compreendido como uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação e disputa. (CECÍLIO e MERHY, 2003). De acordo com Debastiani e Bellini (2007), questões como a garantia da efetivação dos direitos

dos usuários, como é o caso da articulação com a rede de serviços, precisam ser levadas em consideração numa perspectiva de organização dos serviços prestados.

Dessa forma, trabalhar em rede pode ser considerado uma forma de potencializar a relação estabelecida com o usuário, considerando a possibilidade de visualização da integralidade. Isto significa que o usuário não deve ser visto como uma demanda de questões isoladas, mas sim, um sujeito de todas elas, sendo atendido de forma integral, através das chamadas linha de cuidado.

As linhas de cuidado, segundo Silva (2011), se caracterizam por estratégias utilizadas para organizar a atenção, orientando os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer, estabelecendo condutas para que suas necessidades sejam adequadamente atendidas. A implementação de linhas de cuidado e dos projetos terapêuticos para as doenças mais prevalentes, como é o caso das doenças crônicas, necessitam ser visualizadas pelos gestores de saúde como uma prioridade que atenda as necessidades mais singulares da população, indispensáveis para a qualificação do cuidado.

Logo, as linhas do cuidado são fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Nesta perspectiva a linha de cuidado, segundo Malta e Merhy (2010), está centrada no campo de necessidades dos usuários e pressupõe a existência do cuidador, o uso da tecnologia leve, o projeto terapêutico adequado, a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias e o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório. Complementando, os autores colocam que todas as etapas da rede de serviços são essenciais para a linha de cuidado. Nos casos de portadores de doenças crônicas, é essencial o acesso à rede básica, ser estruturalmente acolhido, estar vinculado a uma

equipe, ser incentivado a participar de grupos que junto com ele, produzam a criação de novos sentidos para o viver.

Desta forma, as linhas de cuidado necessitam articulação de ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos usuários pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas, também, uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008).

### 3 MÉTODO

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

Na perspectiva de Antonello e Godoy (2011), a pesquisa qualitativa parte do contexto subjetivo do indivíduo fundamentado em experiências vividas, a partir de seus valores, crenças, percepções, sentimentos e suposições.

A pesquisa descritiva, busca medir ou coletar informações de maneira independente ou conjunta sobre os conceitos ou as variáveis a que se referem, procurando especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de grupos, comunidades, pessoas ou qualquer outro fenômeno (HAIR et al., 2005; SAMPIERI et al., 2006).

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

Para atender ao objetivo - analisar a percepção dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço na perspectiva da regulação assistencial no cenário em que estão inseridos - definiu-se como unidade de análise 15 (quinze) usuários com neoplasia de cabeça e pescoço provenientes de 5 (cinco) municípios com maior incidência de casos, pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde(CRS) da região central do Estado do RS. Os usuários elencados estiveram internados na unidade de clínica cirúrgica de um hospital universitário da região central do Estado , no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012.

A amostra foi por conveniência que, segundo HAIR (2005), trata-se de uma amostra a qual obedece a algum tipo de conveniência por parte do pesquisador. Desta forma, os sujeitos participantes da pesquisa foram escolhidos conforme critérios de inclusão pré-estabelecidos, ou seja, ser maior

de 18 (dezoito) anos, não possuir nenhum prejuízo da capacidade cognitiva comportamental e aceitar participar da pesquisa de forma voluntária.

Após a escolha e identificação dos usuários inclusos na pesquisa junto ao Serviço de Estatística e de Prontuários da instituição hospitalar, os mesmos foram contatados por telefone. A partir disso, foi constatado que destes 15 (quinze) usuários, 3 (três) haviam ido a óbito e 2 (dois) possuíam endereço incompleto ou telefone incorreto no registro do prontuário, não sendo possível localizá-los. Sendo assim, (10) dez usuários participaram deste estudo.

A coleta de dados ocorreu a partir da realização de entrevista semiestruturada com roteiro pré-estabelecido. Para Richardson (2011), essa técnica é adequada quando o pesquisador objetiva conhecer a forma que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos usuários, tiveram duração média de 40 (quarenta) minutos, foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. Durante a análise, a fim de identificar os entrevistados, os usuários foram numerados de U1, U2 e assim sucessivamente.

Os usuários que apresentavam distúrbios da fala e faziam uso de traqueostomia em consequência do processo cirúrgico, receberam caneta e papel para que pudessem escrever ou expressar seus sentimentos em relação ao assunto abordado durante a entrevista. Para melhorar o entendimento, foi utilizada a comunicação não verbal, por meio do uso de expressões faciais, gestos e sinais, sendo estes registrados no diário de campo do pesquisador. Associado a isso, os cuidadores desses usuários participaram da entrevista, quando oportuno, a fim de complementar o diálogo do usuário.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011) com ênfase em análise categorial e de enunciação. De acordo com o autor, a análise de conteúdo é uma técnica que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores qualitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Desta forma, foram estabelecidas categorias não a priori, criadas na medida em que se constatavam, a partir do relato dos entrevistados, similitudes em suas falas que pudessem caracterizar certa similaridade, especificamente sobre um determinado aspecto de interesse da pesquisa (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A partir disso, as categorias não a priori definidas foram: vínculo assistencial, educação em saúde e reinserção social.

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

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

## **4 ANÁLISE DOS DADOS**

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

### **Caracterização dos Entrevistados**

Os entrevistados foram constituídos por dez (10) usuários com neoplasias de cabeça e pescoço, sendo cinco (5) do gênero feminino e cinco (5) do gênero masculino com idades entre 41 e 84 anos. As cirurgias realizadas foram: exereses de neoplasia de pele - três casos; laringectomia total - dois casos; tireoidectomia total - dois casos; tireoidectomia subtotal - um caso; ressecção de tumor de assoalho de boca - um caso; e parotidectomia total - um caso. Estes procedimentos foram realizados no período de janeiro de 2010 e janeiro de 2012.

Dos dez usuários, dois faziam uso de traqueostomia, e por apresentarem dificuldade na fala, dispuseram da ajuda do cuidador para auxiliá-los na entrevista, além de utilizar à escrita e a linguagem não verbal para melhor comunicação. Todos os usuários entrevistados estavam acompanhados de seus cuidadores.

### **Apresentação das categorias não a priori**

A partir dos relatos dos entrevistados foram definidas três categorias de análise não a priori: vínculo assistencial, educação em saúde e reinserção social.

#### **Vínculo Assistencial**

De acordo com Santos e Fracoli (2010), a construção de vínculos entre os atores do sistema de saúde e a população é designada como princípio

fundamental ao alcance dos objetivos para o modelo de atenção à saúde, com o propósito de sustentação às ações de integralidade.

A atenção das equipes e a disponibilidade para conversarem, ouvirem as situações que envolvem a saúde e a doença, assim com as dificuldades provenientes deste contexto, são consideradas como fator positivo no atendimento, pelos usuários que o recebem (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010). Para os autores, a relação usuário/profissional pode ser um fator negativo quando tratado com impessoalidade, assim como as relações superficiais que os trabalhadores mantêm com o usuário. Essa perspectiva parece encontrar suporte prático nos relatos dos entrevistados, como nos trechos de U2 e U8.

*Não vou no postinho [...] o retorno é sempre para o hospital [...] porque não tem nada aqui, eles (se referindo aos profissionais da unidade básica) não querem, não fazem nada, eles mandam ir lá. [U2]*

*[...] ele (médico) disse que era para eu ir ao posto tirar os pontos, mas no posto acharam que não dava [...] aí eu ia só lá no hospital. Aqui no posto não, eu vou aqui só para pegar a receita dos remédios que eu tomo, e só. [U8]*

Para Oliveira e Gusmão (2004), a proximidade e o vínculo estabelecido entre os profissionais e a comunidade fazem com que a realidade possa ser conhecida e traduzida para uma linguagem acessível para ambos os sujeitos envolvidos no processo, possibilitando a construção de metas e pactos, visando à melhoria na qualidade de vida da população e permitindo que estes exerçam um papel ativo sobre a organização do sistema local de saúde.

Nesta linha de raciocínio, Matos, Pires e Souza (2010) complementam que as relações entre profissionais/usuários e familiares, ao serem estabelecidas de forma positiva, geram um melhor atendimento e asseguram uma proximidade entre os sujeitos envolvidos, assim como a confiança depositada em ambos, estabelece a sensação de segurança e vínculo.

No entanto, a falta de visão dos profissionais de saúde em relação a seu trabalho, parece estimular a separação e a ausência de integração entre os membros da equipe, contribuindo para a redução do grau de responsabilização e da criação de vínculos com os usuários (CAMPOS, 1994). Essa abordagem pode ser percebida nos relatos dos entrevistados.



*É muito custoso eu ir no posto, às vezes eu digo em casa: ‘Os médicos que tem pra mim é lá (referindo-se ao hospital), aqui não tem esses que eu preciso’. [U5]*

*Agora aqui não vou mais, porque não tem o que fazer aqui no posto. [...] Doutor tá trocando toda hora. [...] Às vezes é bem atendido, às vezes só entra e sai, atendem, mas bem rapidinho. Nem te colocam o aparelho, nem te colocam a mão. Esses dias eu fui para fazer o preventivo, chega lá e não te olham e tu vem embora. [U9]*

O acesso e o acolhimento se articulam e complementam-se na implementação das práticas nos serviços de saúde e na perspectiva da integralidade do cuidado. Portanto, deve ser visto como um dispositivo potente para propiciar vínculo entre equipe/sociedade e profissional/usuário, questionando os processos de trabalho, desencadeando o cuidado integral e modificando a clínica (SOUZA, 2008; FAGUNDES, 2004).

Para Souza (2008), a ausência do acolhimento se traduz num modelo tradicional de organizar de forma burocrática a recepção do usuário, por meio da entrega de fichas e marcação, deixando-o á espera nas filas, provocando reclamações e insatisfações; como é possível verificar nos trechos dos usuários U3 e U6.

*Eu só vou no posto para pegar os remédios [...] tem que agendar para tirar o remédio e se não agendo não consigo [...] antes ganhava a consulta, não tinha essa coisa de agenda. Uma pessoa pode chegar lá doente de uma hora para outra e como vai conseguir agendar, se está doente, vai deixar morrer ali? [U3]*

*Eu até falei, reclamei, porque tem essas mulheres (agentes comunitárias de saúde) que andam aqui nas ruas, só que a gente aqui não tem direito [...] e é bom, porque daí se precisar marcar alguma coisa, a gente não precisa ir no posto marcar, o agente de saúde marca para a gente. [U6]*

Para Guizardi e Pinheiro (2004), não há humanização sem vínculo, sem garantia de acesso, sem acolhimento aos usuários, sem participação na definição dos serviços necessários e na forma de utilização dos recursos disponíveis. Corroborando com os autores, Matos, Pires e Souza (2010) ressaltam a importância da construção de vínculos para que as equipes desenvolvam consciência de responsabilidade com os usuários e cuidadores, demonstrando preocupação e envolvimento que ultrapassam o tratamento da doença.

Levando-se em consideração a importância de incorporar o vínculo nas ações relacionadas ao cuidado em saúde, Merhy (2008) salienta que se faz necessário desenvolver capacidades de responsabilização e autonomização em relação ao usuário, configurando a educação em saúde como ação primordial para efetivar tais práticas.

## **Educação em Saúde**

A educação em saúde, como uma prática social baseada no diálogo e na troca de saberes, favorece a compreensão do processo saúde-doença e o intercâmbio entre o saber científico e o popular, além de influenciar o estilo de vida, melhorar a relação profissional/usuário e o ambiente social e físico (BRICEÑO-LEÓN,1996). Para Sampaio e Alves (2002), a educação e a saúde são dois pólos impulsionadores na construção de uma sociedade promissora e sadia, propiciando aos indivíduos uma melhoria na qualidade de vida.

Nesta perspectiva, Valla (2000) considera que o profissional de saúde pode usar uma linguagem que possibilite exercer uma prática educativa e realizar intervenções pertinentes ao diagnóstico compreensível e simples. Essa linguagem precisa ser adequada à realidade e ter como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer suas necessidades em relação à doença.

No entanto, na prática nem sempre os serviços de saúde conseguem concretizar suas propostas teóricas, ou seja, a contribuição para ações de inclusão social, o reconhecimento das necessidades e o estímulo e fortalecimento da participação do usuário no cuidado com a sua saúde (AERTS et al., 2004), como pode ser confirmado nos trechos de U2 e U10.

*Eles não informam muito, os doutores principalmente, o Dr. "X" não fala nada, tu vai perguntar uma coisa ele já está abrindo a porta para ir embora. Os residentes a gente consegue, mas com ele [...] Eu chego aqui, os filhos me perguntam o que disseram, mas eles não dizem muita coisa, ou então, falam na língua deles e a gente não entende. [U2]*

*Quando me abriram a cabeça, não me falaram nada. O Dr."X" só me disse assim: 'Olha, eu vou lhe contar uma, eu estou enxergando nos teus olhos que tu gosta de viver, nós vamos te operar de novo, e vamos abrir o osso da cabeça. Vai ser uma das cirurgias mais melindrosas que o senhor já sofreu na vida' [...] não me falaram nada o*

*por quê; já estava tudo cheio de curativo, daí tinha que fazer de novo, e operaram. [U10]*

Para Matos, Pires e Souza (2010) , quando há comunicação, os usuários e familiares sentem-se esclarecidos sobre a doença, tratamentos e as expectativas de evolução da doença. O esclarecimento sobre a doença facilita a aceitação do processo e prepara tanto o doente como os familiares para o desfecho final. Também nesse sentido, a equipe de saúde deve propiciar espaço para que o usuário exponha suas perdas, seus sentimentos, permitindo-lhe exercer a sua autonomia.

A importância de manter a interlocução com os sujeitos decorre da necessidade por eles demandada, implicando assim numa constante ampliação da fala do indivíduo para que o mesmo possa trazer seu entendimento sobre a realidade vivenciada. Estabelece-se, dessa forma, uma relação em que o sujeito pode participar ativamente de todas as etapas do seu autocuidado (DEBASTIANI; BELLINI, 2007).

Ceccim e Merhy (2009) afirmam que muitas vezes, além da queixa dos profissionais quanto a não adesão dos usuários à prescrição, às orientações ou à terapêutica, existe uma oferta fragmentada e particularizada da clínica, como pode ser percebida nos trechos dos entrevistados.

*Eu me apavorei porque a minha própria gente mentiu que ia ser um piquezinho de nada [...] nunca tive medo de morrer e não tenho, fui tranquilo, cheguei lá e Deus é que sabe [...] Mas só que aí quando eu fui ver, o tal piquezinho que a minha gente disse, era de uma orelha na outra [...] ninguém falou que o corte ia ser grande [...] se tivessem falado eu ia fazer igual, eu não tinha medo de morrer e não tenho! [U8]*

*Lá no hospital não tive explicação da cirurgia porque eu cheguei na hora do meio dia e estavam trocando de plantão. A menina falou que ia me levar para sala para mostrar um vídeo, não sei o que era, mas essa parte ficou fora depois. Era uma enfermeira. Elas estavam trocando de plantão bem no horário. Ela deixou pra outra que entrava e eu acho que foi esquecimento mesmo [...] essa parte ficou falha [...] tu fica meio perdida depois [...] como ficou, como vai ser, se vai continuar igual, vai mudar. Essa parte eu fiquei na dúvida. Eu fui aprendendo no dia a dia. [U9]*

De acordo com Malta e Merhy (2010), o hospital tem papel fundamental na ligação da rede. A alta hospitalar pode ser um momento privilegiado para se produzir a continuidade do processo de cuidado na atenção básica onde o

usuário já deveria estar conectado. Para os autores, o período da internação pode ser utilizado também para ajudar o usuário a conquistar uma maior autonomia na reconstrução do seu cuidado. O cuidador pode, inclusive, participar do acompanhamento, contribuindo na condução terapêutica do processo saúde-doença.

A autonomia estimulada no usuário é fundamental para fortalecer suas escolhas e melhorar a qualidade de vida, fortalecendo a capacidade do usuário cuidar de si, estimulando seu empoderamento (MALTA; MERHY, 2010). Para Bellato e Pereira (2005), a limitação da compreensão do usuário acerca de seus direitos tem relação estreita com a submissão e a falta de autonomia do mesmo quanto a decisões sobre o tratamento e a hospitalização dentro dos serviços públicos de saúde, como é possível verificar nas seguintes falas dos usuários U3 e U7.

*Não recebi orientação [...] não chegaram a explicar como ia ser a cirurgia, se eu ia ficar com dificuldade para falar e para comer [...] antes da cirurgia, não. [U3]*

*Não, não falaram disso aí (orientações sobre a cirurgia) não, não falaram nada... Não tirei dúvidas não [...] eu só sabia que iam tirar um pedacinho da orelha, quem falou foi o médico. [U7]*

Para Cervera, Parreira e Goulart (2011), os trabalhadores de saúde e os usuários necessitam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, nas histórias de vida e na visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento de práticas educativas por parte destes atores, considerando essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) destacam que, assim como a educação, promover saúde capacita a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida, incluindo uma maior participação dos usuários no controle deste processo, reduzindo as desigualdades existentes, facilitando oportunidades e recursos, promovendo sua reinserção social.

## Reinserção Social

As alterações estéticas e funcionais decorrentes do tratamento aos usuários acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço pode trazer repercussões no desempenho do papel social do sujeito, na anatomia funcional, gerando consequências devastadoras em vários contextos na vida do usuário (VICKERY et al., 2003).

Para Mostardeiro (2010), esses usuários necessitam de um cuidado extremamente complexo, devido ao sofrimento gerado pela perda de funções e mutilações, rejeição social e má qualidade de vida. Para a autora, a tentativa de aceitação desta condição passa a fazer parte do cotidiano dos pacientes como uma possibilidade de reinserção no mundo. Os trechos que seguem ilustram o tema abordado.

*Fiquei uns dias sem fazer esforço [...] mas tem que trabalhar [...] ficou muito puxado. Não podia virar o pescoço, não podia dormir desse lado [...] a audição faz falta [...] ainda está meio morta a orelha, quando encosto nela dá um choque. [U4]*

*Depois da cirurgia tinha dificuldade para comer e para falar [...] eu perdi o paladar todo, não sentia gosto [...] como se eu tivesse queimado a boca com água muito quente. A minha língua não é mais assim como era [...] até hoje, muitas coisas eu não posso fazer no trabalho, a lida de casa. Eu me conformei [...] agora não tem mais horta e eu gostava de plantar minhas verduras, ver minha horta bonita, levantar de manhã, abrir a janelinha e olhar. Mas tudo termina, a gente sabe [...] se não puder trabalhar, já fiz a minha parte. [U5]*

De acordo com Katz et al. (2003), os procedimentos envolvendo cabeça e pescoço, geralmente são invasivos podendo causar lesões irreversíveis e limitações de algumas funções, como a perda da voz, do olfato, da audição e limitação de determinados movimentos. Em função disto, as necessidades de readaptações para o usuário e sua família se fazem importantes.

A voz representa a identidade do indivíduo e sua perda compromete a manifestação dos sentimentos, desejos e das características individuais biológicas, emocionais e sócios educacionais, o que pode acarretar sérias limitações à integração do indivíduo na sociedade (BEHLAU, PONTES, ZIEMER, 1987), como é possível identificar no seguinte relato.

*Tive uma alteração na voz, estava com dificuldade para falar [...] ninguém me acompanhou, o Dr."X" disse que ia ser aos poucos, mas dependendo da palavra que eu vou dizer, atrapalha [...] trabalhar em serviço pesado estou proibido. [U8]*

Em relação ao que foi mencionado por U8, o cuidador deste usuário e de U2 contribuem acrescentando:

*"Ela acha que como não fala, não entendem ela [...] ela quase não sai da cama. Faz uma volta e volta de novo para a cama. [Cuidador do U2]*

*Ele era esquilador, mas por causa desse problema deixou de ser. [Cuidador do U8]*

Para Malta e Merhy (2010), a doença e suas sequelas são de longa duração tornando-se angustiante para o sujeito, o qual nem sempre consegue conviver nessa condição, lidar com a doença, comorbidades, limitações e medo decorrente do agravo de saúde. Assim, torna-se fundamental as ações de reinserção desse indivíduo dentro do seu contexto vivencial, assegurando o acompanhamento regular de suas limitações.

Para isso, os profissionais da saúde necessitam estarem preparados para atender os usuários, valorizando sentimentos, angústias, insegurança. Em muitas situações a sequela física decorrente da cirurgia, a dificuldade de interação social e o preconceito trazem problemas de diferentes ordens restringindo a retomada das relações sociais estabelecidas no cotidiano (NANI et al.,1999), como pode ser percebido nos trechos dos entrevistados.

*Voltar para as atividades, cuidar a casa, cuidar o gurizinho [...] foi aos poucos, bem aos poucos, esse negócio de faxina que eu não posso, não posso torcer muito o pescoço. Eu sinto assim, eu ando sentindo uma coisa engraçada, até parece meio dormente [...] é quando vira mais para cima e para o lado também. [U6]*

*Eu não posso ir muito no sol, quanto mais na sombra melhor [...] esforço eu não podia fazer [...] agora o pessoal me vê ali na rua e diz que eu estou bem, por que eu era, meu Deus, eu era horrível, cheio de manchas [...] não dava para olhar pra mim. [U7]*

Para Servilha (2000), a aceitação do problema por parte do usuário é um passo para a integração social e também deve contar com o esclarecimento e apoio da família. Esse processo deve objetivar reconstruir relações do próprio usuário com a família e com o grupo social.

A situação de grupo num contexto terapêutico impulsiona a autonomia e a melhora da autoestima dos sujeitos, possibilitando vivenciar acontecimentos e trocas mútuas de informações, relatos e aflições diante da doença, superando o medo da morte e a valorização diante da família e da sociedade. Para isso, torna-se importante o atendimento multiprofissional, a fim de facilitar a inserção do sujeito na sociedade, subsidiando-o em aspectos relativos à saúde, de modo a promover a qualidade de vida (MOURÃO et al., 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados (VARTANIAN, et al. 2007). Frequentemente, a doença é diagnosticada em estádios clínicos avançados e já com doença metastática ao diagnóstico, o que determina um pior prognóstico e menor taxa de cura (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Para Casati et al. (2012), o tratamento do câncer de cabeça e pescoço é complexo e dispendioso, frequentemente associado a quimioterapia e radioterapia, podendo levar a deformidades locais, o que conseqüentemente ocasiona uma piora na qualidade de vida, tornando a terapêutica uma questão de saúde pública de extrema relevância.

Para atender ao objetivo deste estudo - analisar a percepção dos usuários na perspectiva da regulação assistencial no cenário em que estão inseridos - foi necessário verificar as limitações que marcam o cenário da regulação assistencial da linha de cuidado cabeça e pescoço e pesquisar a cerca das estratégias necessárias para efetivação da clínica ampliada.

Para isto, foi necessário analisar o cotidiano das práticas e das relações estabelecidas entre os profissionais dos serviços de saúde e usuários com neoplasia de cabeça e pescoço em cinco municípios da região central do estado do Rio Grande do Sul.

O cotidiano mostra que a hipótese de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde pode estar figurada, impondo diversas barreiras ao acesso da população aos serviços, caracterizando a pouca utilização da tecnologia leve e a exclusão das etapas no processo de cuidado em saúde. Este cenário, segundo Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) demonstra a fragmentação dos fluxos existentes, configurando dificuldades no acesso aos serviços entre outras limitações no cuidado integral da saúde da população.

Os resultados obtidos através da categorização não a priori trouxeram informações relevantes e essenciais para a reflexão sobre a percepção dos



usuários com neoplasia de cabeça e pescoço acerca do estabelecimento do fluxo na rede de saúde e dos dispositivos da clínica ampliada.

Em relação à primeira categoria, “vínculo assistencial”, notou-se que devido às dificuldades de acesso, baixa densidade tecnológica disponível, falta de profissionais especializados na atenção básica, o usuário tende a subvalorizar a atenção primária, impedindo-o de estabelecer qualquer tipo de vínculo com esta por não se sentir seguro em relação aos cuidados assistenciais.

A segunda categoria, “educação em saúde”, evidenciou uma comunicação fragmentada entre profissionais e usuários, capaz de produzir impactos destrutivos sobre a saúde dos usuários. Para Martins et al. (2007), não basta que os profissionais apenas recomendem normas de como ter mais saúde e evitar doenças, mas sim estimulem o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada, realizando a educação em saúde.

A terceira e última categoria, “reinserção social”, demonstra que os usuários entrevistados com neoplasia de cabeça e pescoço, são muitas vezes acometidos por sequelas e limitações decorrentes das cirurgias, como distúrbios da fala, alterações estéticas, perdas de funções, e apresentam dificuldades no retorno às atividades de vida diárias. Concomitante a isso, estão sujeitos à carência de práticas de reinserção social que levem em consideração o seu contexto e as suas necessidades em saúde.

Diante do exposto, entende-se que os usuários entrevistados, da linha de cuidado cabeça e pescoço, desconhecem o sistema como um todo e, por isso, tornam-se vulneráveis a ele, ficando perdidos em algum espaço entre os retornos agendados ao hospital e as dificuldades na acessibilidade organizacional da atenção básica. Associado a isso, sofrem sérios impactos sobre o cuidado em saúde, como a falta de vínculo com a atenção básica, a carência na educação em saúde e a rejeição social imposta pelas suas condições limitantes.

No que se refere à contribuição deste estudo, através da realização do mesmo foi possível aprofundar o conhecimento acerca dos dispositivos necessários para a realização da regulação assistencial dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço. Também contribuiu para a identificação dos

fatores que comprometem esse processo e o seu impacto na integralidade do cuidado dos usuários nos diferentes níveis de atenção.

A realização deste trabalho apresentou como limitação o número restringido de usuários entrevistados, não sendo possível a generalização dos resultados. Outro ponto a ser considerado limitante está relacionado ao fato dos endereços e contatos telefônicos dos usuários estarem incompletos ou ausentes no prontuário, o que reduziu o número de entrevistados. Outro ponto limitante está relacionado ao fato de alguns usuários apresentarem distúrbios da fala devido ao uso de traqueostomia, dificultando a coleta de informações durante a entrevista.

Como estudos futuros sobre o tema, sugere-se que a pesquisa seja realizada com um maior número de usuários referentes à linha de cuidado cabeça e pescoço, a fim de ampliar a pesquisa e análise das percepções deste público, no intuito de identificar características similares e/ou divergentes em relação aos achados encontrados nos diferentes contextos sociais.

## REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W. L; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p. 161-170, 2010.

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 4, p.1020-28, 2004.

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

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

BEHLAU, M; PONTES, P. A. L; ZIEMER, R. Reabilitação vocal do paciente laringectomizado. In: Ferreira LP, organizadora. **Trabalhando a voz: vários enfoques em fonoaudiologia**. São Paulo: Summus; 1987. p.139 54

BELLATO, R; PEREIRA, W. R. Direito e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 14, n. 1, p. 17-24, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.571, de 29 de junho de 2007**. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Diário Oficial da União. 24 jul 2007; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília, DF: CONASS; 2007. (Coleção Progestores).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília, 2006.

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 12, p. 7-30. 1996.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec; 1994.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Rev. saúde e sociedade**. v.15, n. 2, p. 23-33, 2006.

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, n 4, p. 186-191, 2012.

CECCIM, R. B; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p. 531-42, 2009.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas (SP), 2003.

CERVERA, D. P. P; PARREIRA, B. D. M; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, (Supl. 1), p.1547-54, 2011.

DALLORA, M. E. L. V. **Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário**. Tese de Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

DEBASTIANI, C; BELLINI, M. I. B. Fortalecimento da rede empoderamento familiar. **Boletim da Saúde**. v. 21, n. 1, 2007.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N; BORDIGNON, M. O; GRALHA, R. S; FAGUNDES, S; CORADINI, S. R; organizadores. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; p. 11-2, 2004.

FRANCO, T. B; MAGALHÃES, 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.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm**. v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 22, n.1, p. 119-40, 2012.

GUIZARDI, F; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A; organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: HUCITEC; p. 37-56, 2004.

HAIR, J. F. et al. **Fundamentos de Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

KATZ, M. R. et al. **Psychosocial Adjustment in Head and Neck Cancer: The Impact of Disfigurement, Gender and Social Support.** Head and Neck, 2003.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber.** Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.

MAGALHÃES JR., H. M. **Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH - política social).

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

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007.

MATOS, E; PIRES, D. E.P; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organizações do trabalho em saúde. **Rev. Bras Enferm.** v.63, n. 5, p. 775-81, 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. organizador. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20

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

MOURÃO, L. F. et al. Grupo terapêutico-fonoaudiológico desenvolvido junto a laringectomizados totais: uma experiência em situação de Clínica-Escola. **Distúrbios da Comunicação.** v. 18, n. 1, p. 51-61, 2006.

NANI, C. G. F. et al. **Repercussões sócio-psico-linguísticas da voz esofágica em pacientes laringectomizados atendidos em grupo.** Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba; 1999.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm.** v. 14. n. 2, p. 346-52, 2009.

OLIVEIRA, J. B; GUSMÃO, S. C. A experiência de Saúde da Família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista (BA). In: SECLLEN-PALACIN, J. A; FERNANDES, A. S. organizadores. **Experiências e**

**desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p. 63-76.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SAMPAIO, N. M. M; ALVES, M. D. S. Educação em saúde: caminho para a melhoria da qualidade de vida da família. In: FORTE, B. P, organizador. **Saúde da família: visão transdisciplinar.** Fortaleza (CE): Expressão Gráfica; 2002.p. 39-45

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

SANTOS L. P. G. S; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. esc. enferm.** v. 44, n. 1, p. 76-83, 2010.

SERVILHA, E. A. M. Uma atuação fonoaudiológica em pacientes laringectomizados totais: o grupo da comunicação. In: Lacerda CB, Panhoca I, organizadoras. **Tempo em fonoaudiologia,** I. São Paulo: Cabral; 2000. p.87-97.

SILVA S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, n. 6, p. 2753-62, 2011.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, (Sup. 1), p. 100-10, 2008.

VALLA, V. V. **Saúde e Educação.** Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.  
VARTANIAN, J. G, et al. Questionários para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço.** v. 36, n. 2, p. 108-15, 2007.

VICKERY, L. E. et al. **The Impact of Head and Neck Facial Disfigurement on the Quality of Life of Patients and Their Partners.** Head and Neck, 2003.

TOLEDO, M. M; RODRIGUES, S. C; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, p. 233-8, 2007.





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



**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**  
**USUÁRIOS DA CLÍNICA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Entrevistado: U-\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Data:  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_

Histórico familiar de neoplasia: \_\_\_\_\_

Faz uso de álcool: ( ) Sim ( ) Não Quanto tempo: \_\_\_\_\_

Faz uso de tabaco: ( ) Sim ( ) Não Quanto tempo: \_\_\_\_\_

Possui cuidador: ( ) Sim ( ) Não Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Como você descobriu que estava doente?

Quem lhe informou o diagnóstico?

Comente como você conseguiu chegar à internação do HUSM?

Você lembra que exames foram realizados?

Você lembra o tempo que demorou para ser realizado sua cirurgia?

Quanto tempo permaneceu internado?

Como você se sentiu internado no hospital?

Você recebeu alguma orientação que falasse de como seria sua cirurgia?

Que tipo de orientação? Lembra quem que orientou você?

Quando você teve alta, recebeu alguma orientação referente a cuidados domiciliares?

Quais os serviços de saúde referentes ao seu diagnóstico são ofertados no seu município? Quais os serviços que utilizou?

Após sua alta hospitalar, você buscou auxílio na unidade de referência?

Como você foi atendido? Como se sentiu?

Como foi o retorno às atividades do dia a dia?

**ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



## USUÁRIOS

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

Prezado(a) Sr (a):

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

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

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

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário proposto pelos pesquisadores, o qual abordará informações sobre como ocorre o acesso à rede de saúde, quais as ações e serviços no município são ofertadas caso possua neoplasia de cabeça e pescoço, verificar se o serviço corresponde à necessidade e a percepção do usuário do serviço de saúde.

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

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

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

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria,....de .....de 2012.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
R.G.

Em caso de impossibilidade de assinatura do próprio sujeito o familiar/cuidador responsável o fará por este, conforme segue:

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura do Familiar/Cuidador Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jucelaine Arend Birrer  
Pesquisador Responsável

Instituição/Departamento: Coordenação dos Programas de Residência  
Multiprofissional em Saúde do Centro de Ciências da Saúde/UFSM  
Telefone para contato: (55)3220.9678

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS – tel.: (55) 32209362 e-mail: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)

## ANEXO 2- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

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

**Pesquisador responsável:** Jucelaine Arend Birrer

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

**Telefone para contato:** (55)3220.9678

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

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

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

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

Santa Maria, de Outubro de 2012.

---

Enf<sup>a</sup>. Msd<sup>a</sup> Jucelaine Arend Birrer

