

**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**

**ENTRE O DESEJO E A REALIDADE: A REGULAÇÃO
DA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM
NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Elaine Miguel Delvivo Farão

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**ENTRE O DESEJO E A REALIDADE: A REGULAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM NEOPLASIAS
DE CABEÇA E PESCOÇO NA PERSPECTIVA DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Elaine Miguel Delvivo Farão

Trabalho de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde 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: Enfª Ms. Jucelaine Arend Birrer

Santa Maria, RS, Brasil

2013

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

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

**ENTRE O DESEJO E A REALIDADE: A REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS
COM NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO NA PERSPECTIVA DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Elaborado por

ELAINE MIGUEL DELVIVO FARAO

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de
Saúde: ênfase Crônico-Degenerativo.**

Comissão Examinadora:


JUCELAINE AREND
BIRRER


FLÁVIA COSTA DA
SILVA


TERESINHA HECK
WEILLER

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

**ENTRE O DESEJO E A REALIDADE: A REGULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
AOS USUÁRIOS COM NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**BETWEEN THE DESIRE AND REALITY: THE ATTENTION NETWORK TO USERS
WITH HEAD AND NECK NEOPLASMS IN VIEW OF THE PRIMARY HEALTH CARE
PROFESSIONALS**

**Elaine Miguel Delvivo Farão¹, Jucelaine Arend Birrer², Bruna Franciele da Trindade
Gonçalves³, Camile Favretto⁴, Letícia Maria Teixeira de Oliveira⁵**

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

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

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

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

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

RESUMO

Este estudo possui como objetivo identificar a compreensão que os profissionais de saúde da atenção básica possuem a cerca da regulação assistencial dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo transversal e descritivo. Definiram-se como unidade de análise profissionais de saúde vinculados às cinco unidades básicas de saúde, de cinco municípios com maior incidência de casos de usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, internados no hospital de referência para estes municípios, no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2012 e deu-se por meio de entrevista semiestruturada. Participaram do estudo 17 profissionais de saúde, com nível superior. A partir da análise dos dados foram definidas três categorias de análise não a priori: processo de trabalho com ênfase na atenção básica de saúde; relacionamento da equipe de saúde da unidade de referência – usuário; e, percepção da regulação assistencial. Os achados demonstram a não utilização dos dispositivos para a efetuação da clínica ampliada e a fragmentação dos cuidados ao usuário com neoplasias de cabeça e pescoço. A articulação entre os serviços que compõe a rede de cuidados mostra-se fragilizada no que se refere ao processo de comunicação entre os pontos que compõe essa rede, revelando a necessidade de estratégias como a implantação das linhas de cuidado e o uso de protocolos gerenciais, contribuindo para o fortalecimento da atenção básica e uma assistência integral em saúde.

Descritores: atenção primária a saúde, neoplasias de cabeça e pescoço, acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the understanding that health professionals in basic attention have about the regulation of assistance of users head and neck care line. This is a research with a qualitative approach, of the transversal type and descriptive. Were defined as the unit of analysis health professionals linked to five basic health units, of five municipalities with higher incidence of users with head and neck neoplasm, hospitalized at referral hospital for these municipalities, from January 2010 to January 2012. The data collection was conducted from November to December 2012 and occurred through semi-structured interviews. Participated in the study 17 health professionals, with higher education. From the data analysis have been defined three categories of analysis not a priori: work process with an emphasis on primary health care; relationship of health staff of reference unit - user, and perception of assistance regulation. The findings demonstrate the non-use of the devices for the effectuation of extended clinic and fragmentation of care to the user with head and neck neoplasms. The articulation between the services that compose the network of care shows weakened in relation to the process of communication between the points that compose this network, revealing the need for strategies such as the implementation of the care lines and the use of management protocols, contributing to the strengthening primary care and integral assistance in health.

Keywords: primary health care, head and neck neoplasms, access to health services.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) segundo Gawryszewski et al. (2012) vem sendo construído continuamente no contexto de mudanças políticas, econômicas, culturais, tecnológicas e sociais, sendo a garantia do acesso a suas ações e serviços um dos maiores desafios da contemporaneidade.

O momento atual diferencia-se por um processo de transição epidemiológica, caracterizado pela mudança do perfil de morbidade e da mortalidade da população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e isquêmicas; as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (OMS, 2005).

Para um cuidado integral à saúde dos indivíduos com doenças crônicas, se fazem necessários mecanismos que permitam a efetividade dos princípios do SUS, entre eles uma atenção básica resolutiva, encaminhamentos responsáveis e adequados, protocolos assistenciais e complexos reguladores que possibilitem a garantia do acesso (GAWRYSZEWSKI, 2012).

Segundo Brasil (2011a), a regulação assistencial é uma ação complexa caracterizada pelo conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações responsáveis por fazer a intermediação dos serviços de saúde e o acesso aos mesmos, assegurando o atendimento, o interesse e a satisfação do usuário do SUS.

Nesta perspectiva, dentre as doenças crônicas salienta-se o cuidado aos sujeitos acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço, que muitas vezes é extremamente complexo, gerando um sofrimento ao paciente devido à perda de funções e mutilações, rejeição social e prejuízos à qualidade de vida (MOSTARDEIRO, 2010). Para a autora estes agravos são resultantes de um processo multifatorial com diversos estágios que acometem lábios, língua, soalho de boca, mandíbula e laringe interferindo diretamente nas funções vitais dos indivíduos.

Para Oliveira et al. (2005) as sequelas decorrentes após o tratamento estão associadas principalmente, ao comprometimento de questões relacionadas à alimentação, nutrição, dor,

distúrbios psicológicos e psíquicos. Corroborando ao autor, Sommerfeld et al. (2012) afirma que este tipo de patologia, geralmente é diagnosticado tardiamente, o que pode levar a maior agressividade do tratamento e sequelas resultantes do processo de adoecimento. Para Silveira et al. (2012), o prognóstico adequado no tratamento de neoplasias de cabeça e pescoço está associado a localização da doença e aos fatores sociais, tendo como aspecto fundamental o acesso à melhor terapêutica disponível.

Entende-se que o modelo atual de assistência aos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço sugere práticas de gestão da clínica compartilhada, em que se pratique a cogestão entre profissionais e gestores de saúde (FRANCO, 2003); e pressupõe o trabalho em equipe interdisciplinar, o qual não se efetua sem a presença de novos arranjos organizacionais, sendo necessárias novas formas de inserir os profissionais de saúde e usuários do SUS no processo de produzir saúde.

Para Mendes (2009), a organização do sistema de saúde se efetua em uma rede poliárquica, onde a atenção básica de saúde ocupa a posição central necessitando trabalhar de forma articulada, organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre os demais níveis envolvidos.

Neste sentido, entende-se como imprescindível uma compreensão ampliada relacionada às intervenções intersetoriais, articulando interdisciplinarmente práticas com vistas à melhoria da atenção à saúde dos usuários que vivenciam os agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, com ênfase na continuidade das ações e serviços de saúde em uma perspectiva da linha de cuidado.

Diante do exposto, o presente estudo teve por **objetivo** *identificar qual a compreensão que os profissionais de saúde da atenção básica possuem a cerca da regulação assistencial dos usuários da linha de cuidado de cabeça e pescoço.*

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para subsidiar este estudo, buscou-se construir um referencial teórico constituído por parâmetros norteadores da temática em questão, os quais possibilitarão aprimorar os processos de gestão-atenção-educação em saúde.

2.1 Atenção Básica de Saúde e Doenças Crônico-degenerativas Não Transmissíveis

A atenção básica de saúde tem papel fundamental na busca e coordenação da articulação dos diversos setores visando à melhoria das condições de vida e saúde da população do seu território.

Para Merhy (2002), além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, a equipe da atenção básica é quem é responsável pelo processo de gestão do projeto terapêutico cabendo-lhes o acompanhamento, assegurando o acesso aos outros níveis de assistência, garantindo ao usuário a formação do vínculo contínuo com a equipe básica.

Londrina (2008) assinala que apesar do avanço que o SUS trouxe para a saúde pública, se faz necessária uma revisão do processo de trabalho em saúde, já que os serviços, na sua maioria, estão organizados de forma restrita e pontual, não sendo direcionados pelas necessidades dos usuários com doenças crônicas.

Segundo Brunner e Studdarth, (2009), as condições crônicas podem ser definidas como condições clínicas com sintomas associados ou incapacidades que exigem tratamento por longo prazo - três meses ou mais; e o controle destas condições inclui aprender a viver com os sintomas e incapacidades impostos pela doença.

Segundo as diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2008, p.24):

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais); como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis se encontram as neoplasias de cabeça e pescoço, caracterizadas como uma doença mutilante, acarretando na maioria das vezes,

alterações físicas, funcionais, emocionais e sociais (SILVEIRA, et al, 2012). Segundo os autores, as sequelas decorrentes deste tipo de patologia incluem voz alterada ou perda total da voz, perda significativa de peso, cansaço constante, necessidade temporária ou permanente de traqueostomia, sondas para alimentação, deglutição prejudicada, estética facial comprometida, além da diminuição acentuada ou perda da capacidade laboral.

Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) em 2010 morreram 3.618 pessoas acometidas de câncer de laringe, sendo 3.189 homens e 429 mulheres. A maior incidência é encontrada em homens acima dos 40 anos, estando fortemente associada ao tabagismo. Em estimativa realizada para o ano de 2012, válidas também para 2013, são estimados 6.110 novos casos de câncer da laringe, 9.990 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.180 em mulheres.

O fumo está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias de cabeça e pescoço. Dessa forma, apesar da taxa em homens ser maior, o INCA (2011) coloca que há um declínio nessas estimativas em relação ao sexo masculino, o que não pode ser constatado ainda com relação às mulheres tendo em vista que estas começaram a fumar posteriormente aos homens. Segundo INCA (2011, p.25):

A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois, quando o número de casos novos aumentarem de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Então mais e mais pessoas terão câncer e correrão o risco de morrer prematuramente por causa da doença.

Nesta perspectiva, o atendimento integral aos usuários que adoecem por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço se torna fundamental, visando à construção de redes integradas como uma estratégia indispensável, já que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2009).

2.2 Redes de Atenção a Saúde e Linhas de Cuidado

Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes, porém para que ocorra a integralidade da assistência é preciso efetivar uma rede transversal, que se produzem pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território.

Brasil (2009) aponta que a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja

ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. No entanto, para que estes serviços funcionem como os nós de uma rede é preciso mais do que ofertas de serviços num mesmo território, sendo essencial que eles funcionem de forma articulada, com efetiva comunicação entre os diferentes níveis de densidades tecnológicas.

Com relação aos níveis de atenção que compreendem a rede de serviços do SUS, Mendes (2011 p. 83) coloca que:

Não é verdade que a APS¹ seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidade. [...] Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

Nesse sentido, Brasil (2011b), por meio do decreto federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do SUS e estabelece que “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores”.

Como complemento este decreto propõe que “o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico...” (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, a construção da rede integrada de saúde traz questionamentos sobre como estes serviços se relacionam e qual a comunicação estabelecida entre eles, bem como quais modelos de atenção e gestão estão sendo produzidos (BRASIL, 2009). Para Mendes (2011, p.98):

[...] uma APS de qualidade só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. [...] a função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs², o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde, sendo fundamental estar atento não somente aos processos de gestão como aos processos da assistência (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, Malta e Merhy (2010) colocam que:

¹ Atenção Primária de Saúde

² Redes de Atenção a Saúde

[...] o outro foco a se atuar nas respostas aos portadores de DCNT³ consiste na melhoria dos serviços de saúde. Nesta dimensão, está a importância de se integrarem os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e onde ganham espaço as LC⁴.

As linhas de cuidado segundo Franco (2003) são entendidas como uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas na busca da integralidade, sendo, portanto, uma inovação nas propostas assistenciais do SUS.

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, do Ministério da Saúde,

Linhas de Cuidado é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede (Brasil, 2010, p. 11).

Nessa perspectiva, Lamas (2012) assegura que o desafio para a construção de linhas do cuidado das doenças crônicas não transmissíveis compreende tanto os espaços macro, quanto os micropolíticos; se fazendo necessário emergentes discussões nestes espaços quanto à efetivação da linha de cuidado integral aos usuários com neoplasias de cabeça e pescoço, em uma rede integrada de atenção a saúde.

³ Doenças Crônicas não transmissíveis

⁴ Linha de Cuidado

3 MÉTODO

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

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

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

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

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

Para atender ao objetivo proposto - identificar a compreensão que os profissionais de saúde da atenção básica possuem a cerca da regulação assistencial dos usuários da linha de cuidado de cabeça e pescoço – se estabeleceu como unidade de análise trabalhadores de saúde vinculados as cinco unidades básica de saúde dos cinco municípios localizados na região central do Estado Rio Grande do Sul, com maior incidência de casos de usuários com neoplasia de cabeça e pescoço internados no hospital de referência para estes municípios, no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2012, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com roteiro pré-estabelecido, a fim de obter do entrevistado aspectos que ele considera mais relevantes de determinado problema.

Foram incluídos neste estudo três profissionais de nível superior de cada Unidade Básica de Saúde e/ou Estratégias de Saúde da Família – enfermeiro, cirurgião dentista, e médico - dos cinco municípios elencados. Desta forma, participaram deste estudo 17 profissionais de saúde.

A escolha deste público se justifica em consequência de serem estes indivíduos a equipe básica que compõe a equipe de atenção básica nas unidades de saúde pesquisadas.

As entrevistas foram realizadas no local de atuação dos entrevistados em sala reservada, com duração média de meia hora. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. Para garantir o anonimato dos entrevistados durante a análise, estes foram denominados de B1, B2 e assim sucessivamente.

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), a qual apresenta como objetivo compreender criticamente o sentido das expressões, seus conteúdos e significações explícitas ou ocultas.

Assim, a análise dos dados coletados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo com ênfase em análise categorial e de enunciação não a priori, onde as categorias de análise foram criadas na medida em que se constatavam no relato dos entrevistados, similitudes em suas falas que pudessem caracterizar certa similaridade, especificamente sobre um determinado aspecto de interesse da pesquisa (LINCOLN E GUBA, 1985; LAVILLE E DIONNE, 1999).

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

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

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, a análise dos resultados do presente estudo será realizada a partir da caracterização dos entrevistados, seguida das categorizações discutidas por meio da intertextualidade que permite o referencial teórico, o que embasa o estudo e legitima os relatos dos entrevistados.

Caracterização dos entrevistados

Foi realizada a visita a cinco (5) Unidades Básicas de Saúde e uma (1) Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios elencados. Participaram da entrevista seis (6) enfermeiras, seis (6) médicos e cinco (5) cirurgiões-dentistas.

O tempo de formação destes profissionais variou de dois a cinquenta e três anos de atuação. O tempo de trabalho na unidade visitada esteve entre um ano a vinte e seis anos, o que nos reporta ao maior ou menor conhecimento do território de atuação, bem como das vivências referentes ao núcleo profissional. O conhecimento pelo profissional do território de atuação abrangido por sua unidade é fundamental, já que a atenção básica de saúde é considerada o centro de comunicação das redes de atenção no âmbito do SUS (MENDES, 2011).

Apresentação das categorias não a priori

A partir das entrevistas realizadas e análise detalhada das transcrições foram definidas três categorias de análise não a priori: processo de trabalho com ênfase na atenção básica de saúde; relacionamento da equipe de saúde da unidade de referência – usuário; e, percepção da regulação assistencial.

Processo de trabalho com ênfase na atenção básica de saúde

Na busca de tornar efetiva a atenção integral à saúde, Franco (2006), ressalta a importância de reflexões que contemple a complexidade do processo saúde-doença, em uma perspectiva de responsabilização com o cuidado ao usuário, se tornando necessário

conjecturar acerca do método de trabalho nos serviços que envolvem a atenção básica de saúde.

Para Cecílio e Merhy (2003), a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em grande parte, da forma como se articulam os processos gerenciais dos trabalhadores, já que para assistir em um modelo centrado nas necessidades dos usuários são fundamentais mecanismos gestores que fundamentem esta prática. Corroborando ao autor, Brasil (2009) aponta que nenhuma ação efetiva sobre realidades complexas é possível sem ação pactuada e corresponsabilização. Este processo exige trabalho em equipe, processos de pactuação, coordenação de ação, monitoramento e avaliação.

Para Baduy et al (2011), se faz necessário uma discussão acerca dos dispositivos inerentes a clínica ampliada, uma vez que é por meio dos encontros e nas redes de conversação que acontece a produção do trabalho em saúde e se efetua os princípios de valorização da vida e da integralidade.

A partir do relato dos entrevistados, denota-se que o trabalho em equipe nas unidades de atenção básica parece ser prejudicado pelo relacionamento defasado entre os profissionais, bem como pela não utilização de dispositivos para a clínica ampliada.

[...] a gente não tem cursos de atualização, não funciona a educação permanente em saúde, a gente não tem roda de conversa, a gente não tem troca de experiência, a gente não estuda os casos dos pacientes, a gente não tem isso [...] (B1)

É, seria bom, mas não tem, tem colega aí que não aceita, não tem. Antigamente a gente fazia reunião, mas isso era antigamente, falando de quarenta anos atrás, agora não tem mais, cada um pra si, Deus pra todos e o diabo pra todos. (B6)

[...] aqui é atenção básica, a gente não tem acesso sempre as unidades, não tem grupo de estudo nem alunos, então, eu considero aqui um lugar mais atrasado do que qualquer outro, todos os municípios, eu acho que a atenção básica tende a estar sempre atrás do universitário, por exemplo, em questão de métodos novos (B14).

Não, a gente não tem discussão de casos, temos reunião de equipe pra tratar de problemas diversos, andamento da unidade, normas de rotina, de capacitações, isso a gente tem, mas pra relato de casos não é nossa rotina (B16).

Farão et al. (2011) ressaltam a importância do trabalho em equipe de forma articulada, considerando a complexidade do sujeito, seu contexto histórico social e o processo de saúde-doença. Dessa forma, a produção do cuidado em saúde, propõe a utilização de dispositivos que qualifiquem a assistência prestada, como reuniões de equipe com discussão dos casos, elaboração de projeto terapêutico singular, bem como a articulação com

mecanismos de gestão e cogestão, que configuram estratégias de amplificação da clínica (CAMPOS, 2007).

Para que a clínica ampliada em saúde seja efetiva, ressalta-se a relevância da necessidade de comunicação entre os diversos serviços que compõe uma rede de saúde com destaque para os protocolos instituídos de referência e contrarreferência, e a necessidade crescente de articulação entre a atenção básica de saúde e os demais níveis de atenção.

Identificou-se que os profissionais entrevistados mencionam grande dificuldade para trabalhar na atenção básica de saúde porque encaminham as demandas dos usuários, mas não tem retorno daquilo que foi feito nos demais níveis de atenção, ou seja, a contrarreferência ou a transferência dos cuidados para a atenção básica parece não acontecer no cotidiano desses serviços.

Nesse sentido, Dias (2012) aponta que a comunicação entre os profissionais da atenção básica de saúde e demais níveis de atenção contribui para a troca de conhecimentos, diálogo de casos, aperfeiçoamento profissional e para o melhor acompanhamento dos usuários e a qualidade da atenção aos mesmos. Esta abordagem pode ser percebida nos trechos dos entrevistados:

[...] eu ainda não tive experiência de pegar um paciente que viesse com orientações do pós-alta, é, orientando as equipes das unidades de como agir. O que eu acho muito importante porque não é a minha prática, é a prática de quem está lá, então de repente quem está lá na média e na alta complexidade é que tem que encaminhar para nós para que a gente adapte as nossas orientações a essa condição do pós-alta [...] É, isso eu acho que é um sonho de consumo de todas as unidades de saúde, que exista, fora do papel, referência e contra referência, porque só vai à referência. (B1)

Não, mas na verdade nós somos desvinculados disso, nós apenas formamos parte de uma rede, mas não temos assim um circuito de ida e volta com os profissionais, nem eles com a gente, nem nós com eles. (B5)

[...] interfere bastante, por que assim ó, eles vem de uma conduta, que às vezes é uma conduta bem diferente da nossa realidade aqui, né. O que aconteceu durante o período de internação faz diferença pra nós. Pra gente saber como vai seguir procedendo [...]. Então esse sistema se funcionasse acho que ajudaria bastante aqui na nossa conduta quanto profissional. (B9)

Eu acho que a contrarreferência teria que funcionar, o papel já tá dizendo, tu referência e o papel já deveria voltar com a contrarreferência, para o médico da unidade, saber aquilo que foi feito com esse paciente lá no hospital, porque os pacientes não sabem informar. (B14)

Esse quadro exige a reflexão acerca da comunicação entre os pontos da rede, e nos leva ao questionamento se o que existe é uma rede de fato ou meros pontos desarticulados e isolados como ilhas. Nessa perspectiva, Mendes (2010) considera que os sistemas de atenção

à saúde são fragmentados e voltados para atenção às condições agudas e às “agudizações” de condições crônicas, acarretando a incapacidade de atenção contínua ao usuário dos serviços de saúde que compõe essa rede.

Para uma atenção contínua, Dias (2012) coloca que realização de encontros de diálogo de casos entre os profissionais pode favorecer o aperfeiçoamento de outras estratégias adotadas, como a elaboração de linhas de cuidado e o uso de protocolos gerenciais pelos profissionais da atenção básica de saúde.

Nesse sentido, Franco e Mendes (2011) ressaltam que a linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, pois funciona além dos protocolos estabelecidos, entendendo que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, o que pressupõe um trabalho conjunto com o propósito de garantir que o usuário tenha acesso às unidades e serviços aos quais necessita.

Na concepção de Malta e Merhy (2010), para a efetivação das linhas de cuidado é fundamental que se processem mudanças no processo do trabalho em saúde, na busca da qualidade dos serviços, capacitação dos profissionais e insumos estratégicos. No entanto, o autor resalta que quando não há um projeto terapêutico adequado, o uso da tecnologia leve, a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias e o acesso aos recursos assistenciais, uma fragmentação da linha de cuidado acontece, já que esta deve ser centrada no campo de necessidades dos usuários.

Referindo-se as necessidades dos usuários, Mendes (2011) complementa com a importância dos serviços de transportes e afirma que esta questão é considerada uma das principais barreiras para a garantia do acesso na rede de atenção à saúde.

Na sequência os trechos dos relatos de B1, B2 e B13.

[...] se a gente não consegue transporte, não consegue o contato de emergência, eu já cheguei ao ponto de colocar paciente dentro do meu carro e levar (B1).

Outra dificuldade que a gente tem é transporte pra fazer essas visitas. A gente não tem carro. Às vezes a gente sabe que o paciente precisa, paciente mora lá no interior, e aí por necessidade a gente acaba pedindo pro motorista da ambulância nos levar, só que se acontece alguma urgência não tem ambulância aqui no município, tá pro interior (B2).

[...] eu acho que é isso aqui que falta, o acompanhamento depois com o paciente aqui, a gente perde o vínculo por que não tem, não sabe o que que foi feito lá, não tem, esse eu acho que é o maior problema[...](B13).

Ao refletir acerca do processo de trabalho na atenção básica de saúde, em uma perspectiva de clínica ampliada, faz-se necessária uma discussão acerca do vínculo

estabelecido entre a equipe e o usuário, já que na concepção de Brasil (2004) o estabelecimento de equipes de referência são ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde.

Relacionamento equipe de saúde da unidade de referência – usuário.

Franco (2003) promove uma reflexão a cerca da organização dos processos de trabalho na atenção básica e sua relação com a integralidade, já que ao atuar por meio de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado e esgota as possibilidades terapêuticas deste nível de atenção.

Cunha (2011) afirma que a identificação pelo usuário da unidade básica de saúde como uma referência para os cuidados necessários a sua vida, dependerá da oferta e disponibilidade deste serviço, tanto qualitativamente quanto quantitativamente, estarem condizente com as necessidades que este usuário possui.

De acordo com o INCA (2008), a responsabilidade e o compromisso da equipe em criar vínculos e estabelecer relações próximas e claras com o sofrimento do outro permite um processo de transferência entre o usuário e o profissional, resultando na construção da autonomia do primeiro.

Para alcançar este propósito é imprescindível considerar que a partir da compreensão das especificidades do adoecimento por neoplasias de cabeça e pescoço, foco deste estudo, são criadas pelos profissionais de saúde da atenção básica, estratégias de vínculo, como pode ser percebido nos relatos dos entrevistados.

[...] não tinha como se comunicar, então a gente tinha que buscar estratégias assim pra que a gente pudesse entender o que ele estava querendo nos dizer. E o quadro dele todo era muito complicado, até porque eu tinha pouco tempo de formação, eu não tinha experiência de visualizar a cena que eu vi; marcou mesmo [...] (B1).

[...] usou traqueostomia, e tinha um tumor já bem avançado; não pode fazer cirurgia e todas as outras complicações. Já estava emagrecido, debilitado, teve questão de miíase na traqueostomia. Era bem precária as condições dele, tanto que foi assim aquele paciente que me marcou mesmo, que eu não consigo esquecer dele [...] (B9).

[...] a gente tenta formar até uma amizade com o paciente, tipo assim, para poder interagir mais com ele nesse sentido (B15).

Tristeza, de ver a dor que aquela pessoa está enfrentando, a sensação de perda, perda da autonomia, perda da funcionalidade, então assim, é triste. (B16)

Segundo INCA (2008), a atenção oncológica, coloca os profissionais em contato estreito com situação de dor, finitude, morte, mutilações e efeitos colaterais, além da desesperança de pacientes e familiares.

Quando questionados quanto aos sentimentos ao cuidar de usuários que vivenciam os agravos de cabeça e pescoço, os profissionais demonstraram descontentamento com a dificuldade de acesso do usuário aos demais serviços da rede, além do não funcionamento do sistema de contrarreferência. Na concepção de Cunha e Noronha (2009), a responsabilização da equipe com a coordenação do cuidado impulsiona a articulação da rede de serviços e se contrapõe à concepção de unidades isoladas e autossuficientes. Porém, essa articulação ainda é um desafio no SUS já que na prática os serviços estão fragmentados, como pode ser percebido nos relatos de B11, B13 e B17.

É angustiante demais [...] Tu é o que tá vendo, tu é o que tá conversando com o paciente, tu é o para-choque. O paciente não consegue o atendimento e parece que é tua a responsabilidade nesse sistema; e tem né, não tem como não ter, cada um faz a sua, então, isso não é legal. (B11)

[...] de certo ponto de frustração, por que tu faz todo um trabalho aqui, tu recolhe o paciente, encaminha e depois tu não sabe o quê que ele fez e o que deixou de fazer (B13)

Ah, é ruim [...] A gente acompanha os pacientes aqui porque eles vêm de novo aqui para gente, daí a gente consegue assim pegar alguma informação deles. Mas é difícil, geralmente alguma coisa assim, que cirurgia eles fazem; volta para cá, e a gente só vê que fizeram a cirurgia porque aparece a cicatriz. (B17)

A fragmentação da continuidade do cuidado relatada pelos profissionais entrevistados da atenção básica parece apontar a regulação assistencial como um nó crítico que interfere diretamente no cotidiano dos serviços que compõe a atenção básica de saúde. Desta forma, para a compreensão deste contexto é fundamental a regulação assistencial no ponto de vista dos profissionais que integram os serviços de atenção básica.

Percepção da regulação assistencial

Para Weiller (2008) as fragilidades na organização e regulação da rede de atenção a saúde permite que tanto usuários, como gestores e trabalhadores conformem múltiplos arranjos na tentativa de ter acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS.

Corroborando ao autor, Mendes (2010) coloca que nos sistemas de saúde fragmentados não há uma comunicação da atenção básica de saúde com a atenção secundária

e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, o que impossibilita o exercício de seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado; como pode ser percebido nos relatos dos profissionais entrevistados:

É ali é o problema, não tem como, às vezes leva tempo, não encaixa, tem que ter jeitinho, quer dizer pedido para a secretária [...] que é quem agenda. Então, tem que ter este vínculo com secretária, agora no tempo hábil. Se fosse por agendamento pela coordenadoria ai levaria muito tempo. (B13)

Eis a questão, é complicado, ainda mais na parte da dermatogurias, é muita espera [...], paciente que a gente sabe que tem condições. O pessoal tem muito esses planos G, que ofertam várias especialidades com preço até acessível, eu sempre falo, se tem condições procura. Porque dermatogurias [...] sei que tinha gente com mais de 5 anos na lista de espera, então simplesmente não tem como, tem coisas assim que infelizmente eu acho uma falha. Tem muita besteira no meio disso tudo, mas tem muita coisa grave aí também; mas que demora, demora. (B14)

“a gente utiliza a referência, inclusive preenche toda ela, em todos os campos, o máximo de informações que a gente tem; mas não existe a regulação que deveria haver. Então, isso fica a critério do profissional que está atendendo se dispuser a fazer contato com o colega para que esse fluxo exista para que aquela pessoa chegue lá em tempo hábil. A experiência que eu tive realizei contato direto com o colega [...] (B17)

A realidade relatada pelos profissionais entrevistados contrapõe-se ao que é proposto pelo Caderno do Ministério da Saúde em relação às Redes de Produção da Saúde (BRASIL, 2009) o qual propõe uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas, o que pressupõe uma comunicação eficaz.

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o agravo do usuário, segundo Franco (2003), demonstra um processo de trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário.

Corroborando Gawryszewski (2012) afirma que a não utilização de todos os recursos disponíveis na atenção básica de saúde antes do encaminhamento para os demais níveis de atenção, é frequente e caracteriza a pouca utilização da tecnologia leve e a exclusão de etapas no processo de cuidado em saúde; como pode ser percebido nos trechos em destaque:

[...] é um modelo de atendimento, centrado na consulta e não centrado em equipe. Então quer dizer que quem recebe aquele paciente, ele sabe o que vai fazer, o que vai prescrever, agora o outro que vai receber em seguida já não sabe o que foi feito. E aí assim as consultas se repetem, as medicações se perdem [...] não tem uma

continuidade, tu não sabe o que se está fazendo correto. E muito complicado, não funciona, a gente encaminha mas não tem retorno [...] (B1)

Eu nunca recebo. Então, a gente é obrigada a mandar para “X” a referência, para conseguir a vaga, para avaliação na especialidade, mas a gente não recebe nada de volta. (B2).

O paciente depois que caiu na “X” e no hospital, aí é tudo por lá [...] É tudo por lá, é tipo descargo de consciência, entendeu? É eles que fazem tudo e eu não sei nada depois. (B13)

Segundo Malta e Merhy (2010), esse quadro exige a transformação do processo assistencial atual, centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos, que se pautem pela responsabilização, vinculação e o cuidado integrado. Os autores afirmam que o esperado é um “caminhar” na rede de serviços sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. No entanto, para Malta e Merhy (2010) a existência de múltiplos fluxos faz do usuário um peregrino pelos serviços de saúde, o que compromete a longitudinalidade do cuidado e leva, muitas vezes, ao aumento desnecessário da demanda dos serviços de urgência e emergência na busca pelo acesso aos serviços de saúde.

Isso pode ser percebido nos relatos dos profissionais entrevistados quando questionados quanto ao fluxo dos usuários com agravos neoplásicos de cabeça e pescoço.

[...] ele já tinha ido para o pronto atendimento; ele já tinha percorrido no mínimo uns três lugares. O dia que ele chegou aqui ele chegou cansado, angustiado, e chegou reclamando que ele não aguentava mais ir de um lado pra outro. (B1)

[...] então tem que saber quando o caso já passou do meu limite [...] não é mais atenção básica. Procurei encaminhar, só que na dificuldade que foi, chega a dar vontade de não encaminhar [...] é necessário só que é difícil. (B3)

[...] essa questão do fluxo adequado, a gente acaba se envolvendo e fazendo acontecer, mesmo sabendo que não é o correto, mas é a maneira que a gente tem certeza que o paciente chega lá, e aí acaba usando o recurso dos colegas. Não é o adequado porque o paciente está furando fila, e não está usando o processo adequado. Mas enquanto ele não existe de forma plena, a gente faz as coisas acontecerem do nosso jeito. (B17).

As questões abordadas neste estudo apontam para a necessidade de contínuos dispositivos, com base em mecanismos de regulação assistencial, visando novos caminhos e desenhos organizacionais que possam operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salienta-se que este trabalho não teve a pretensão de esgotar todas as perspectivas de análise, mas sim iniciar uma discussão acerca da regulação assistencial e o desenvolvimento da rede de cuidados aos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço.

No intuito de verificar como ocorre a atenção à saúde dos usuários no Sistema Único de Saúde, e pela carência de estudos sobre o tema, a presente pesquisa teve por objetivo identificar qual a compreensão que os profissionais de saúde da atenção básica possuem a cerca da regulação assistencial dos usuários da linha de cuidado de cabeça e pescoço.

No que se refere à primeira categoria “processo de trabalho com ênfase na atenção básica de saúde” salienta-se a necessidade de repensar os processos organizacionais para que contemplem o cuidado em um modelo centrado nas necessidades dos usuários. Além disso, o trabalho na atenção básica na visão dos profissionais entrevistados é dificultado pela dificuldade de comunicação com os demais serviços da rede. Dessa forma, faz-se necessária à efetivação de dispositivos para uma clínica ampliada, o que pressupõe uma articulação na própria equipe e pactuações com os demais serviços que compõe a rede de cuidados para uma atenção integral em saúde.

Em relação à segunda categoria “relacionamento da equipe de saúde da unidade de referência – usuário” a partir da compreensão das especificidades do adoecimento por neoplasias de cabeça e pescoço, os profissionais buscam estratégias de vínculo com o usuário, mas demonstraram descontentamento com a dificuldade do acesso aos demais serviços necessários e com a fragmentação do cuidado ao longo do caminho percorrido pelo mesmo em busca de assistência, dificultando a atuação dos profissionais da atenção básica como centro articulador das linhas de cuidado.

A terceira e última categoria “percepção da regulação assistencial” aponta as fragilidades na regulação da rede de atenção, o que leva a existência de muitos e diferentes arranjos organizacionais na tentativa dos profissionais de regular a seu modo, o que revela a necessidade de uma transformação do processo assistencial atual para processos que busquem a garantia do acesso a um cuidado integral em saúde. Dessa forma, a reflexão desta categoria aponta para a regulação assistencial como um desafio a ser superado no âmbito do SUS.

Salienta-se que são restritas as referências bibliográficas que tratam das iniciativas relacionadas à coordenação do cuidado entre a atenção básica e os demais serviços que compõe a rede de saúde, sendo fundamental a continuação de estudos e intervenções que abarquem essa reflexão.

No que se refere à contribuição deste estudo foi possível colaborar com os gestores das unidades básicas de saúde no sentido de refletirem acerca da assistência no serviço do qual fazem parte, bem como da necessidade de pactuações para um cuidado contínuo. Nessa perspectiva, este estudo pode contribuir para uma reflexão a cerca da relevância da participação dos sujeitos que constituem a atenção básica de saúde, como atores responsáveis por mudanças nos processos de trabalho no SUS.

Entende-se como limitação, o tempo reduzido para a realização da pesquisa, o que acarretou a impossibilidade dos pesquisadores de entrevistarem os indivíduos que compõe os demais serviços envolvidos no processo de regulação assistencial como, por exemplo, agendadores, reguladores e os demais prestadores dos serviços de saúde.

Como sugestão para estudos futuros salienta-se a necessidade da continuidade de pesquisas e intervenções no campo da gestão com ênfase na regulação assistencial da linha de cuidado dos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, para que as lacunas decorrentes desse processo no âmbito do SUS sejam superadas.

Dessa forma, o desafio de articular os pontos dessa rede de atenção está posto, mas as ferramentas também estão sendo construídas, dentre elas ressaltamos o desenvolvimento das linhas do cuidado e as pactuações entre os diversos atores envolvidos para uma regulação assistencial efetiva, com ênfase no território da gestão. Neste sentido, Malta e Merhy (2010) colocam que o cuidar em saúde implica em mecanismos de responsabilização tanto por parte da equipe de saúde, quanto de gestores públicos e privados, para que seja produzida uma ação integral, na qual não ocorram a interrupção e a fragmentação da assistência à saúde.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir para a busca da integralidade no âmbito do SUS, impulsionando os sujeitos a agir, efetivando na realidade aquilo que se deseja no campo das ideias e reflexões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS no 4.279**, de 30 de dezembro de 2010, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde: 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011a).

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Federal nº 7.508**, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b.

BRUNNER; SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica/** [editores] SMELTZER, S. C. et al.; Tradução MUNDIM, F.D; FIGUEIREDO, J. E. F; – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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

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

CUNHA, E. M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do

sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, (Supl. 1), p. 1029-42, 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004.182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CUNHA, M. L. S, NORONHA, M. F. Redes Integrals e Território: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde? In: FERREIRA, S. C. C; MONKEN, M. [organizadores]. **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade** - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

DIAS, M. P. **Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte**. 2012. 205 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

FARÃO et al. Clínica Ampliada em um hospital universitário: Abrindo caminhos para uma nova forma de cuidar. **Revista Contexto e Saúde**. v. 10, n. 20, p.813-16, 2011.

FRANCO, T. B; MAGALHÃES, H. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado. In: **Pensar BH: política social**, n. 7– ISSN 1676-9503, 2003.

FRANCO, T. B; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. et al. (Organizadores) – **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 2004.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, C. M; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Acesso em 22 Dez 2012. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado_integralconceito-como-fazer.pdf.

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.

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

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

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

LAMAS, A. E.; CALVO, M. C. M; FREITAS, S. F. T. A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições. **Sau. & Transf. Soc.** v. 3, n. 4, p. 83-88, 2012.

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

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

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Relatório sobre o processo de reorganização do atendimento na área de média complexidade ambulatorial (consulta médica de especialidade) no município de Londrina.** Londrina: Autarquia Municipal de Saúde, 2008.

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.

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo;** São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, 2003.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S. **O cuidado em situações de alteração da imagem facial: implicações na formação da enfermeira.** 2010. 117 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) 117 f. - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

OLIVEIRA, I. B. et al. Qualidade de vida de pacientes pós-cirúrgicos de tumores malignos da cabeça e pescoço. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 14, n. 6, p. 523-28, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing Chronic Diseases a vital investments.** Geneva, 2005.

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

SILVEIRA, A. et al. Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida. **Rev. Bras Epidemiol.** v. 15, n. 1, p. 38-48, 2012.

SOMMERFELD, C. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. v. 41, n. 4, p. 172-177, 2012.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.