

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

**CONSTRUINDO A REDE DE CUIDADO DE USUÁRIOS
PORTADORES DE NEOPLASIA DE CABEÇA E
PESCOÇO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RS:
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE
ATENÇÃO A SAÚDE**

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

Betina Perico Lavich

Santa Maria, RS, Brasil

2014

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

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

**CONSTRUINDO A REDE DE CUIDADO DE USUÁRIOS PORTADORES DE
NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO A
SAÚDE**

Elaborado por

Betina Perico Lavich

Orientado por

Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde,
ênfase Crônico-Degenerativo.**

Comissão Examinadora:

**Prof^ª. Dr^ª. Teresinha
Heck Weiller (UFSM)**
Presidente

**Dra. Maria Denise
Schimith (UFSM)**

**Dra. Maria da Graça
Caminha Vidal (HUSM)**

Santa Maria, 10 de março de 2014.

CONSTRUINDO A REDE DE CUIDADO DE USUÁRIOS PORTADORES DE NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO A SAÚDE

¹LAVICH, Betina, Perico; ²WEILLER, Teresinha; ³ENGEL, Rosana Huppes; ⁴BERGER, Isabel Cristina;
⁵MELLO, Fernanda Machado; ⁶MARTINS, Ana Regina Machado;

¹ Nutricionista Autora - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde – HUSM/UFSM, ênfase Crônico-Degenerativo.

² Professora Doutora em Enfermagem, Orientadora - Pró-Reitora Pró-Reitora de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

³ Enfermeira Co-orientadora Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar.

⁴ Fonoaudióloga Co-autora – Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde – HUSM/UFSM, ênfase Crônico-Degenerativo.

⁵ Fonoaudióloga Co-autora – Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde – HUSM/UFSM, ênfase Crônico-Degenerativo.

⁶ Cirurgiã-Dentista Co-autora - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde – HUSM/UFSM, ênfase Hemato-Oncologia.

RESUMO

Este estudo reflete os resultados de uma etapa do projeto “Atenção integral a usuários portadores de neoplasia de cabeça e pescoço em um município do interior do Rio Grande do Sul”. O objetivo foi identificar o nível de conhecimento de profissionais de saúde sobre a rede de atenção de usuários com neoplasias de cabeça e pescoço, e o uso da ferramenta de referência e contra referência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, com análise da ferramenta de referência e contra referência, e da rede de atenção em saúde e diagnóstico dos agravos de cabeça e pescoço; com coleta de dados através de um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas. Participaram do estudo onze dentistas e onze médicos da atenção básica do município. Pode-se identificar que existe o referenciamento do usuário na atenção básica, contudo, a contra referência foi deficiente, considerando que a maioria dos pacientes não retorna para a atenção básica. Verificou-se ainda que os profissionais médicos encaminham os usuários para o hospital de referência, especificamente o serviço de cirurgia de cabeça e pescoço para ser realizada avaliação e possível diagnóstico de neoplasia, enquanto que os profissionais dentistas encaminham para o especialista em estomatologia.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Assistência à saúde; Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

This study reflects the results of a phase of the project "Comprehensive care to patients with head and neck cancer in a city in the interior of Rio Grande do Sul". The objective of this study was to identify the level of knowledge of health professionals about the health care's sectors of patients with head and neck neoplasm, and the use of reference and counter reference tool. This is a qualitative descriptive research, with analysis of the reference and counter-reference tool, and health care's sectors and diagnosis of head and neck diseases; with data collection through a semi-structured questionnaire with open and closed questions. Participated in this study, eleven dentists and eleven doctors of the basic health care of the city. It was identified that there is a referencing of the patient in primary care, however, the reference counter was deficient, whereas the majority of patients do not return for primary care. It was also found that medical professionals refer patients to the referral hospital, specifically to the service of surgery for head and neck, to be realized evaluation and possible diagnosis of cancer; while dentists professionals refer to specialist in stomatology.

KEYWORDS: Neoplasms; Health care; Primary Health Care in.

INTRODUÇÃO

A mortalidade por doenças crônico-degenerativas tem demonstrado um aumento de extrema relevância no Brasil. As neoplasias malignas são classificadas como a segunda causa de morte, responsáveis por quase 17% dos óbitos notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade¹. Em 2012, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), foram registrados no mundo 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de mortes por câncer. Para 2030 estima-se que estes valores alterem para 21,4 milhões de casos novos e o número de mortes por câncer atinjam 13,2 milhões. No Brasil a estimativa para o ano de 2014 e 2015 é de 576 mil casos novos de câncer².

Tanto no Brasil como no mundo um dos principais tipos de câncer que acomete as pessoas esta localizado na região de Cabeça e Pescoço³. Essa região, dividida por bases anatômicas e topográficas, é acometida pelos tumores malignos do trato aerodigestivo superior, faringe, laringe, cavidade oral, face, tecidos moles do pescoço e outras estruturas que envolvem esta região^{4,5,6}.

A maioria dessas neoplasias malignas é diagnosticada em estágios avançados e possuem um prognóstico insatisfatório⁷. Para o reconhecimento precoce dessas lesões, a educação dos pacientes e dos profissionais da saúde se faz necessário, visto que o correto encaminhamento para o diagnóstico precoce pode vir a contribuir para a melhora do prognóstico dos pacientes portadores deste tipo de câncer⁸. Dessa forma, aumenta as possibilidades de cura e torna possível o uso de tratamento mais conservador, gerando menos mutilação⁹.

A busca por atendimento do paciente acometido por neoplasia de cabeça e pescoço geralmente se inicia na atenção à saúde, mais especificamente nas Unidades Básicas de Saúde definidos pela Portaria N° 4.279 de 10 de dezembro de 2010¹⁰. Estas por sua vez compõem a Rede de Atenção à Saúde, a qual consiste em “arranjos de organização de ações e serviços em saúde com o uso de diferentes densidades tecnológicas para garantir ao usuário os serviços que necessita com eficiência”¹⁰.

No município que foi realizado este estudo, a rede de saúde é composta por serviços que estão sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sendo constituída por Unidades de Saúde Convencionais (UCS), unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um hospital de referência macrorregional na prestação de cuidado de média e alta complexidade tecnológica para a região central do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Este último constitui-se uma porta de entrada importante para usuários com este tipo de agravo¹¹.

Uma vez que o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde se efetua preferencialmente na Atenção Básica, esta possui a responsabilidade de organização e uso da ferramenta de referência e contrarreferência, instrumento que orienta o fluxo do usuário nos níveis de atenção, que visa transformar o modelo clássico de assistência em saúde¹². Entende-se por referência, encaminhar o usuário a um atendimento cujo nível de densidade tecnológica seja superior ao que ele se encontra, consistido por níveis de especialização mais complexos,

como por exemplo, os hospitais. A contrarreferência é entendida como o encaminhamento do usuário a um nível de menor densidade tecnológica, como por exemplo, as unidades básicas de saúde de referência para o usuário; a fim de que possua característica complementar para que haja a integração das equipes de saúde e execute os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³.

Referenciar e contrarreferenciar o usuário no âmbito do sistema público de saúde, pode vir a garantir o acesso aos serviços de saúde a que este indivíduo necessita, configurando o princípio da universalidade do SUS e determinado pela Lei Orgânica em Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que permite ao usuário o acesso a todos os níveis de assistência¹⁴.

Esse instrumento tem o objetivo de integrar os serviços de saúde e possibilitar a criação do fluxo¹⁵, levando a organização e construção das linhas de cuidado (LC), as quais podem ser consideradas um mecanismo longitudinal de orientação do usuário sobre os caminhos que deve percorrer dentro da Rede de Atenção a Saúde. A necessidade de construção da linha de cuidado aos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço se justifica pela morbimortalidade destes usuários e eventos crônicos que essas patologias podem causar^{16,17}.

A portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005¹⁸ institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, a qual determina a organização de linhas de cuidado e a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica para estabelecer fluxos de referência e contrarreferência. Frente a isso, este artigo possui como objetivo identificar o nível de conhecimento de profissionais de saúde sobre a rede de atenção a usuários com neoplasias de cabeça e pescoço, bem como o uso da ferramenta de referência e contrarreferência em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

O presente estudo é resultante do projeto de pesquisa matriz “*Atenção integral a usuários portadores de neoplasia de cabeça e pescoço em um município do interior do Rio Grande Do Sul*”, realizado no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2014. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativo do tipo descritivo. A pesquisa qualitativa ocupa uma posição de destaque entre as várias possibilidades técnicas existentes, partindo do contexto subjetivo do indivíduo fundamentado em experiências vividas, a partir de seus valores, crenças, percepções, sentimentos e suposições¹⁹. A pesquisa descritiva considera o ambiente em que os sujeitos estão inseridos, não sendo reduzidos a variáveis e sim analisados de forma integral²⁰.

Os sujeitos da pesquisa foram médicos clínicos gerais e cirurgiões dentistas da rede da atenção básica das regiões administrativas na qual foram localizados os usuários com diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço e que estiveram internados no serviço de cirurgia desta especialidade do município da região central do estado do Rio Grande do Sul.

A coleta dos dados se deu por meio da realização de entrevista semiestruturada, com base em um questionário elaborado pelos autores. A análise das entrevistas foi pela técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo²¹.

O projeto foi elaborado com vistas à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde²², que dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Certificado de apreciação e aprovação Ética (CAAE) número 21966413.6.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo onze (11) médicos clínicos gerais e onze (11) cirurgiões dentistas, totalizando vinte e dois (22) participantes. Importante salientar que a busca ativa se fez necessário visto que não foi encontrada junto ao município a relação atualizada dos

profissionais que atuavam na atenção primária. O Quadro 1 retrata o perfil dos profissionais participantes da pesquisa.

QUADRO 1 - Perfil dos profissionais da Atenção Primária

Sujeitos	Médicos Clínico-Gerais		Cirurgiões-Dentistas	
	Idade (anos)	Tempo de Formação (anos)	Idade (anos)	Tempo de Formação (anos)
1	56	30	61	33
2	28	3	49	19
3	39	15	48	26
4	25	1 mês	58	38
5	26	1	64	42
6	32	2,5 anos	58	31
7	61	37	46	24
8	27	3	27	6
9	55	31	30	6
10	74	45	31	4
11	49	18	35	14

A média de idade dos médicos foi de 42 anos, sendo 25 a menor idade e 74 anos a maior idade, enquanto que, dos cirurgiões-dentistas a média foi de 46 anos, sendo 27 a menor idade e 64 anos a maior idade.

Conforme o perfil apresentado é possível observar que a maior proporção dos profissionais atuantes destas áreas específicas oscila na categoria de 40 e 50 anos de idade, embora uma parte da totalidade possua idades que oscilam entre 25 e 35 anos. Entre os médicos entrevistados mais da metade possui até 20 anos de conclusão de curso, gerando uma média de 16,8 anos de formação acadêmica e entre os cirurgiões-dentistas se percebe uma variabilidade, com média de 22 anos de tempo de formação acadêmica.

Em um estudo realizado para levantamento do perfil dos profissionais atuantes na rede básica de saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do país, na qual foram incluídas na amostra profissionais médicos, dentista entre outros atuantes na rede básica de saúde

verificou-se uma maior proporção de profissionais no grupo etário de 31 a 45 anos²³. Em outro estudo semelhante realizado por Marsiglia²⁴ em que foi levantado o perfil dos trabalhadores da rede básica da cidade de São Paulo, entre eles médicos e dentistas encontraram-se um contingente maior de trabalhadores na faixa etária de 40 a 59 anos.

Trindade e Pires²⁵ em estudo realizado com profissionais da rede de atenção básica de municípios do Sul do Brasil, entre eles médicos e dentistas, observaram que a média de idade dos profissionais das estratégias saúde da família foi de 32 anos e entre os profissionais da atenção tradicional foi de 46 anos. Considera-se que o grupo etário dos médicos e dentistas deste estudo vem ao encontro dos achados na literatura da região Sul, Nordeste e sudeste do país.

Em relação ao tempo de formação a maior parte dos médicos atuantes na rede básica de saúde do município desta pesquisa é semelhante ao encontrado na literatura, uma vez que neste universo de 11 médicos entrevistados, oito possuem formação de até 20 anos e três com até 10 anos de formação.

Na pesquisa de Trindade e Pires²⁵, as médias de formação acadêmica entre os profissionais atuantes na atenção básica, foi de 8 anos em Estratégia Saúde da Família (ESF) e 18,5 anos na atenção básica tradicional. Em um estudo realizado com cirurgiões-dentistas de municípios de Pernambuco, foi constatado tempo de formação acadêmica de até 5 anos de 34,8% dos 115 sujeitos participantes da pesquisa²⁶.

Em pesquisa realizada por Vasconcelos e Zaniboni²⁷ cujo objetivo, entre outros, foi de identificar o perfil dos médicos atuantes das Estratégias Saúde da Família no município de São Paulo, 22,2% da amostra de 54 médicos entrevistados eram recém-formados, 39% possuíam menos de cinco anos de formação, 4% possuíam de 5 a 10 anos, 9% referiram ter mais de 10 anos de formação acadêmica e 48% deles não citaram.

O Quadro 2 apresenta o tempo de atuação dos profissionais em Rede Básica de Saúde,

representados em período de tempo anual.

QUADRO 2 – Tempo de atuação na Rede Básica de Saúde

Sujeitos	Médicos Clínico- Gerais	Cirurgiões-Dentistas
	Tempo (anos)	Tempo (anos)
1	29	32
2	2	18
3	13	24
4	13 dias	38
5	1	23
6	1,5	25
7	34	20
8	2	2,5
9	31	6
10	40	4
11	15	14

Com base na análise ressalta-se que dentre os médicos entrevistados a maioria possui até 20 anos de atuação em atenção básica de saúde, considerando que cinco dos profissionais possuem experiência menor de 10 anos. Em relação aos cirurgiões-dentistas, assim como na análise da idade, pode-se verificar que o tempo de atuação é distribuído uniformemente entre as divisões dos anos.

Marsiglia²⁴ constatou que os profissionais da rede básica da cidade de São Paulo participantes do seu estudo possuíam na sua maior parte até seis anos de atuação em uma mesma unidade básica e a parcela menor, com atuação de mais de 10 anos. Também foi identificado o tempo de atuação no estudo realizado por Tomasi *et al*²³ onde se verificou que a maioria dos trabalhadores estavam vinculados as unidades básicas por um período maior que 2 anos, sendo mais expressivo na região Nordeste do que na região Sul do país. Em relação ao presente estudo pode-se dizer que o tempo de atuação profissional é visto semelhante ao encontrado por outros autores na região Nordeste do país e na cidade de São

Paulo.

Conforme descrito no método deste estudo a análise foi baseada por *eixos temáticos* entre eles: referência e contrarreferência, rede de atenção em saúde e diagnóstico dos agravos de cabeça e pescoço.

Em relação ao uso da ferramenta de referencia e contrarreferência, a totalidade dos profissionais médicos clínicos gerais e dos cirurgiões-dentistas entrevistados referiu fazer uso da mesma para o encaminhamento do usuário, entretanto na sua maioria relatou não receber a contrarreferência. Dentre os médicos oito referiram que não recebem, dois relataram o recebimento esporádico e apenas um profissional referiu receber a contrarreferência. Dentre os cirurgiões-dentistas, sete referiram não receber, três relataram o recebimento esporádico e assim como os médicos, apenas um profissional referiu o recebimento da mesma.

Percebe-se que não há conformidade em referenciar o usuário para outro nível de densidade tecnológica, em contrapartida o retorno por parte da especialidade referenciada não ocorre, ou é ineficiente, o que compromete a qualidade do cuidado e desfaz qualquer possibilidade de construção da linha do cuidado ao usuário de cabeça e pescoço. Pois, de acordo com os entrevistados a contrarreferência depende não somente do especialista, mas também da iniciativa por parte do próprio usuário em procurar o profissional o qual foi sugerido.

Martelli, *et al*²⁸ realizaram um estudo com cirurgiões-dentistas de municípios do estado de Pernambuco, na qual foi constatada a falta de um sistema de referência e contrarreferência oficial para a saúde bucal no âmbito do SUS. A pesquisa realizada por Rodrigues²⁹ com profissionais médicos da rede básica de saúde a qual avaliou a implantação da referência e contrarreferência em um município de Minas Gerais, uma minoria dos entrevistados referiu não ser importante a contrarreferência do usuário à unidade de saúde de origem para continuidade do seu acompanhamento. Segundo Junqueira³⁰, o profissional deve

ser responsável por acompanhar o plano terapêutico sugerido pelo serviço de referência, ou seja, uma de suas competências seria a de assistir o percurso do usuário no sistema de saúde no momento em que ele é direcionado a outro nível de atenção, configurando um trabalho em equipe.

Londrina³¹ 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, neste caso os portadores de neoplasia de cabeça e pescoço.

As neoplasias de cabeça e pescoço são caracterizadas como uma doença mutilante, acarretando a maioria das vezes, alterações físicas, funcionais, emocionais e sociais³². 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.

A RAS é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico. No entanto, para que estes serviços funcionem como os nós de uma rede é preciso mais do que ofertas de serviços num mesmo território. É essencial que os serviços laborem de forma articulada, com efetiva comunicação entre os diferentes níveis de densidades tecnológicas³³.

Nesse sentido, o uso da ferramenta de referência e contrarreferência parece ser um importante instrumento para integrar os serviços de saúde, além de possibilitar a criação do fluxo de atenção ao usuário. As construções de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilitam formas de comunicação, as quais são essenciais para a produção de redes de cuidado em saúde, sendo fundamental estar atento não somente aos processos de gestão como

aos processos da assistência³³.

No período de atuação como residente de um programa de residência multiprofissional percebeu-se que os termos referência e contrarreferência apesar de ser uma ferramenta bastante utilizada principalmente pelos profissionais da atenção básica parece não comportar as exigências do processo de saúde atual nos diferentes pontos da rede de atenção. Em uma perspectiva em que o trabalho está pautado pelo princípio da integralidade do cuidado, da continuidade da atenção em consonância com os princípios do SUS, faz-se necessário a construção de novos dispositivos de gestão e de atenção, especialmente, a implementação de tecnologias leves a fim de dar suporte ao processo saúde-doença tendo como referência o contexto ampliado de saúde, uma vez que é de responsabilidade exclusiva do usuário percorrer os serviços de atenção a saúde sendo transferido de um setor para o outro, sem haver a responsabilização da rede de atenção e especialmente dos profissionais para a construção efetiva do dispositivo de referência.

Na busca da efetivação da assistência aos usuários é importante que se estabeleçam mecanismos para troca de informação entre os diferentes níveis de atenção, como a utilização de instrumentos específicos como a referência contrarreferência⁹. Esta ferramenta, na visão de alguns autores, parece ser equivocada, por considerarem que o mesmo trabalha com a relação vertical e hierarquizada, no sentido de apenas transferir a responsabilidade, tendo a devolutiva apenas a função informativa do procedimento realizado^{34,35}.

Para que haja consonância da informação no momento que o usuário transita de um nível de assistência para outro, é imprescindível haver maior comunicação entre as equipes e não apenas o preenchimento de um formulário, como cumprimento de uma tarefa. Nesta perspectiva, Silva e Magalhães Jr³⁶ fazem referência a integralidade horizontal, que é a sustentação básica para a construção de redes, reforçando a importância da transferência do cuidado nos diferentes níveis de atenção. Neste sentido, por meio da demanda que o usuário

apresenta é que ocorre o encaminhamento para as diferentes complexidades tecnológicas ou até mesmo a utilização da intersectorialidade com o objetivo de realizar a integralidade do cuidado¹⁷.

Diante disso, sugere-se a adoção do termo “transferência”, pois se visualiza este usuário acessando conforme sua necessidade os inúmeros pontos da rede de atenção, seja ela primária, secundária ou terciária. Com isso busca-se a implementação de instâncias envolvidas, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada "comunicação lateral", e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários, estratégias de qualificação incluindo educação permanente. Nesta perspectiva, Marceca e Ciccarelli³⁷ e Malta e Merhy¹⁷ salientam que estes serviços podem ser comparados aos nós de uma rede, na qual as ações intersectoriais em cada ponto irão promover o cuidado contínuo aos usuários.

Em relação à existência da Rede de Atenção em Saúde e diagnóstico dos agravos de cabeça e pescoço, seis médicos entrevistados informaram realizar o encaminhamento dos usuários para a especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, sendo que um deles faz uso de contatos pessoais para obter a consulta e os outros cinco encaminham via Secretaria Municipal de Saúde. Destes cinco, dois referem encaminhar para a especialidade de otorrinolaringologia ou endocrinologia, dois para Otorrinolaringologia ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço e um entrevistado encaminha o usuário com suspeita de neoplasia de cabeça e pescoço para a Neurologia.

Os cirurgiões-dentistas referem encaminhar o usuário para a Clínica de Estomatologia do curso de Odontologia da Universidade Federal. Seis destes referiram referenciar o usuário para a especialidade Bucomaxilofacial de um hospital municipal de referência, um cirurgião-dentista referiu encaminhar o usuário para o pronto atendimento do hospital de referência regional e outro profissional relatou referenciar o usuário para a clínica do curso de

odontologia de uma Universidade Particular.

Frente a estes resultados pode-se afirmar que ambas as profissões entrevistadas tendem a encaminhar o usuário com suspeita de neoplasia de cabeça e pescoço para suas subáreas. Na área médica, a especialidade de maior preferência para encaminhamento, é a Cirurgia de Cabeça e Pescoço, enquanto que na área odontológica a especialidade predominante para encaminhamento é a Estomatologia.

Estes achados refletem a inexistência de uma interação entre estas diferentes profissões, bem como a falta de consenso na conduta quanto ao encaminhamento desses usuários; logo, cada profissional encaminha para uma especialidade diferente. Frente a isso, visualiza-se a necessidade de atenção especial quando relacionado ao direcionamento das condutas destes profissionais em relação ao encaminhamento do usuário a fim de fechar o diagnóstico médico. O conhecimento deste processo de transferência para outra especialidade implica na segmentação da atenção, agilidade do diagnóstico. Isso implica em acolhimento nas dimensões física, espiritual e psicossocial, na abordagem dos indivíduos a buscar o controle da doença com manutenção da qualidade de vida.

Em relação a especialidade que realiza o primeiro encaminhamento e a que realiza o diagnóstico, predominou a transferência para a especialidade de cabeça e pescoço, sendo citada também a possibilidade de realização do diagnóstico para a especialidade de Neurologia e Endocrinologia e apenas um profissional médico mencionou a possibilidade da realização do diagnóstico por cirurgiões-dentistas.

Os entrevistados no núcleo profissional da odontologia mencionaram que o diagnóstico para usuários com agravo de cabeça e pescoço é realizado preferencialmente por cirurgiões dentistas com especialidade em estomatologista seguido por profissionais patologistas e cirurgiões dentistas com especialidade em bucomaxilofacial.

Bergamasco, *et al*³⁸, ao avaliarem o perfil epidemiológico de usuários portadores de

neoplasia de cabeça e pescoço do Estado de São Paulo, consideraram que a qualidade da formação acadêmica dos profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico precoce é questionável a nível mundial, conforme comparou com pesquisas da Espanha e do Estados Unidos. Ainda considera que a política de rastreamento do câncer é ineficaz no Estado de Paulo, uma vez que há o treinamento insatisfatório dos profissionais envolvidos, e discordância do sistema de referência e contrarreferência.

Dessa forma, o desafio para a construção de linhas do cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, no caso deste estudo dos agravos de cabeça e pescoço 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o objetivo deste estudo identificar o nível de conhecimento de profissionais de saúde sobre a rede de atenção a usuários com neoplasias de cabeça e pescoço, bem como o uso da ferramenta de referência e contrarreferência em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Pode-se constatar que o perfil dos médicos e cirurgiões-dentistas entrevistados encontra-se dentro do padrão encontrado em outras regiões brasileiras.

Quanto ao encaminhamento do usuário com suspeita de neoplasia de cabeça e pescoço este, é realizado por meio do uso da ferramenta de referência e contrarreferência, porém é possível observar que os profissionais fazem o referenciamento para as subáreas de suas profissões, refletindo um trabalho isolado e a ausência de integração entre médicos e dentistas da rede de atenção básica e dos outros níveis de atenção.

Sugere-se que os termos “referência” e “contrarreferência” possam ser rediscutidos de forma multiprofissional e interdisciplinar a fim de aperfeiçoar um processo de transição no

que tange ao encaminhamento destes usuários. Do ponto de vista multiprofissional trata-se de um referencial em desuso diante do desenho das novas tecnologias em saúde as quais evidenciam processos articulados e sistematizados. Propõe-se dessa forma, o termo transferência como substituto, como uma inovação no campo da saúde, potencializando a integralidade do usuário e do cuidado.

Mesmo com a existência de uma política para rastreamento e prevenção de casos de câncer, no município deste estudo, entende-se que se mostra incapaz de perfazer seu objetivo. Isso sinaliza lacunas graves tanto no processo de formação como o processo de educação permanente dos profissionais que fazem o diagnóstico destes agravos.

Para isso se faz necessário o uso de novas tecnologias, evidenciando dessa forma a necessidade da construção da linha de cuidado para pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço, tanto para os profissionais se basearem no momento da transferência, quanto para maior eficiência e possibilidade de diagnósticos em estágios iniciais.

Ao realizar a regulação assistencial com base nas linhas de cuidado na gestão da clínica, na definição prévia de fluxos dentro da rede de serviços de atenção a saúde e na criação e instituição dos protocolos assistenciais, compreende-se que a regulação deste fluxo estará exercendo também a função de assegurar as necessidades individuais dos usuários em relação à atenção à saúde. O que viabiliza o princípio da integralidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iwaki LCV, Chicarelli M, Takeshita, WM, Perialisi N, Ferreira GZ. Estratégias multidisciplinares de promoção de saúde em portadores de neoplasias bucais malignas desenvolvidas por projetos de extensão da universidade estadual de Maringá. *Revista Conexão UEPG*. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/viewFile/3751/2635>>. Acesso em julho, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2014: Incidência*

- de câncer no Brasil*. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2014.
3. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(2):615-622.
 4. Galbiatti ALS. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 79 (2) Março/Abril 2013.
 5. Filho MRM, Rocha BA, Pires MBO, Fonseca ES, Freitas EM, Junior HM, *et al.* Quality of life of patients with head and neck câncer. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013; 79(1):82-8.
 6. Sociedade Brasileira De Cancerologia. Câncer de Cabeça e Pescoço. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=114:cancer-de-cabeca-e-pescoco&catid=29&Itemid=123>. Acesso em: Julho, 2013.
 7. Sassi LM, Cervantes O, Schussel JL, Stramandinoli RT, Guebur MI, Ramos GHA. Incidência de segundos tumores primários de câncer oral:. Estudo retrospectivo *Rev. odonto Ciênc.. (Online)*, Porto Alegre, v 25, n. 4, dezembro de 2010. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65232010000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.
 8. Costa EG, Migliorati CA. Câncer Bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2001, 47(3): 283-892.
 9. Brasil OC, Manrique D. O câncer de laringe é mais freqüente do que se imagina. *Revista Einstein*, p.222-224, 2004.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: *Diário Oficial Da União*, 31 dez. 2010. Seção I, p. 89.
 11. Santa Maria/RS. Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. Secretaria Municipal de Saúde. Postos de Saúde. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>. Acesso em: Julho de 2013.
 12. Machado LM, Colomé JL, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Revista de Enfermagem UFSM* . Jan/Abr 2011; 1(1): 31-40.

13. Fratini JRG. *Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde*. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2007.
14. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055
15. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DCDe, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-80, Jul-ago. 2010.
16. Silva SFda. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(6): 2753-2762.
17. Malta BC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, jul./set. 2010; 14(34): 593-605.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: *Diário Oficial Da União*, 9 dez 2005. Seção 1, p.80-81.
19. Antonello CS, Godoy AS. *Aprendizagem organizacional no Brasil*. Porto Alegre: Bookman, 2011.
20. Godoy AS. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 1995; 35(3): 20-9.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec, 2010.p.407.
22. Ministério da Saúde (BR). *Conselho Nacional de Saúde*. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996.
23. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, *et al*. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008. 24 (Supl 1): S193-S201.
24. Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município

- de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc. São Paulo* 2011; 20(4): 900-911.
25. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 36-42.
26. Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.2 [acessado 2014 Fev 10]; pp.3243-3248. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800029&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800029>.
27. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16 (Supl 1): 1494-1504.
28. Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1669-1674.
29. Rodrigues LBB. *Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG*. [dissertação]. Alfenas (MG): Universidade José do Rosário Vellano; 2009.
30. Junqueira, SR. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_9.pdf.
31. 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.
32. Silveira A., *et al.* Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida. *Rev. Bras Epidemiol.*, 2012; 15(1): 38-48.
33. 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.
34. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia

para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2): 399-407.

35. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 12(4): 849-59.
36. Silva SF, Magalhães JR, HM. Rede de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO G et al. e SILVA, S. F [organizador]. Rede de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. São Paulo: CONASEMS, 2008. c. 2: 69-86.
37. Marceca M, Ciccarelli S. *Crônico. Care.*, 2007; 3: 32-6.
38. Bergamasco VD, Marta GN, Kowalski LP, Carvalho AL. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no estado de São Paulo. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, janeiro - fevereiro - março 2008; 37(1): 15 – 19.