

**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**

**RELATO DE INTERVENÇÃO: PENSAR SAÚDE E
REPENSAR A GESTÃO ATRAVÉS DE REFLEXÕES
ACERCA DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DOS
USUÁRIOS COM NEOPLASIA DE CABEÇA E
PESCOÇO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Leticia Maria Teixeira de Oliveira

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**RELATO DE INTERVENÇÃO: PENSAR SAÚDE E
REPENSAR A GESTÃO ATRAVÉS DE REFLEXÕES
ACERCA DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS
COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Leticia Maria Teixeira de Oliveira

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: Enf^a Ms. Jucelaine Arend Birrer

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

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

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

**PENSAR SAÚDE E REPENSAR A GESTÃO: REFLEXÕES ACERCA DA
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS COM NEOPLASIA DE CABEÇA
E PESCOÇO**

Elaborado por
LETICIA MARIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA

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

Comissão Examinadora:


JUCELAINE AREND
BIRRER


FLÁVIA COSTA DA
SILVA


TERESINHA HECK
WEILLER

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

RELATO DE INTERVENÇÃO: PENSAR SAÚDE E REPENSAR A GESTÃO ATRAVÉS DE REFLEXÕES ACERCA DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO

INTERVENTION REPORT: THINKING HEALTH AND RETHINKING MANAGEMENT THROUGH REFLEXIONS SURROUND THE ASSISTENCIAL REGULATIONS OF USERS WITH HEAD AND NECK NEOPLASMS

Leticia Maria Teixeira de Oliveira¹, Jucelaine Arend Birrer², Camile Favretto³, Elaine Miguel Delvivo Farão⁴, Bruna Franciele da Trindade Gonçalves⁵

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

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

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

RESUMO

Este estudo tem como perspectiva apresentar e discutir os pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa de intervenção realizada com profissionais gestores de uma Coordenadoria Regional de Saúde. Esta intervenção teve origem a partir de um projeto de pesquisa realizado com usuários que vivenciam neoplasia de cabeça e pescoço e os profissionais de referência destes, da atenção primária, secundária e terciária. O objetivo desta intervenção é compartilhar os “nós críticos” encontrados referentes à regulação assistencial da linha de cuidado desses usuários, exercitar a postura profissional e ética e, proporcionar a vivência de possíveis estratégias de intervenção e discussões a cerca da regulação assistencial. Em relação à assistência à saúde observa-se historicamente um enfoque centrado na não valorização do cuidado integral ao sujeito. Isso revela a necessidade de um novo paradigma com uma teoria e prática mais abrangente, menos fragmentada, sobre o funcionamento das práticas de saúde. Preconizou-se com esta intervenção sugerir ações de abrangência nos três níveis de atenção como um dispositivo de transformação vinculado aos processos de gestão das práticas institucionais, possibilitando novas análises construídas entre a macro e a micropolítica de saúde.

Descritores: neoplasias de cabeça e pescoço; sistema único de saúde; estudos de intervenção.

ABSTRACT

This study has the purpose of presenting and discussing the theoretical and methodological assumptions of the intervention research done with professionals from a regional coordination of health. This intervention had its origins from a research project done with users that undergo head and neck neoplasms and their professional references, from primary attention, secondary and tertiary. The purpose of this intervention is sharing the precariousness found referring to the assistential regulation of caring of these users, exercise the professional posture and ethics and offer the experience of possible strategies of interventions and discussions around the assistential regulation. Surrounding the health assistance, it's observed historically an emphasis on the "non-valorization" of the holistic care of the individual. Therefore, it shows the need of a new paradigm with a larger, less fragmented theory and practice, about the functionalities of health practices. This intervention suggests wider actions on the three levels of attention, such as an instrument of transformation linked to the process of management of the institutional practices, enabling new analysis built between the macro and micro politics of health.

Descriptors: head and neck neoplasms; unified health system; intervention studies.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) disposto na Constituição de 1988, seguido das publicações das Leis 8080/90 e 8.142/90 é a política pública de saúde vigente “nem sempre respeitada, mas muito bem intencionada” (FÉLIX e CUTOLO, 2005 p.19). Para os autores, a criação do SUS reconhece o direito universal a saúde e, através de seus princípios – integralidade, universalidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação social – tem como prioridade a atenção primária, passando a exigir a implementação de um modelo integral capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção.

Este projeto tem como objeto de intervenção o processo de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que vem atravessando inúmeras dificuldades para a organização de sua rede de serviços, a despeito dos esforços empreendidos pelos gestores e profissionais do sistema. Inúmeras são as inquietações e questionamentos quanto aos possíveis determinantes da crescente busca da sociedade pela garantia de direitos à saúde pública com qualidade e resolutividade.

Muitas dessas inquietações estão relacionadas as doenças crônicas, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são 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).

Nesta perspectiva, dentre as doenças crônicas salienta-se o cuidado aos sujeitos acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço. Esta doença é responsável por uma grande incidência de óbitos em todo o mundo, constituindo a sexta causa de morte por câncer. As sequelas decorrentes desta situação incluem distúrbios psicológicos e psíquico, estética facial, perda de funções cognitivas, alterações na fala e deglutição, que podem acompanhar o usuário não somente durante o diagnóstico e tratamento, mas durante todo o processo existencial, comprometendo a qualidade de vida destes sujeitos. O sucesso no tratamento está associado a um adequado planejamento cirúrgico com assistência pré e pós-

operatória eficiente, onde se faz necessário o atendimento multidisciplinar, devido à complexidade terapêutica da situação (OLIVEIRA et al., 2005).

Pela percepção do impacto da experiência, tanto para os usuários que vivenciam a neoplasia de cabeça e pescoço e seus familiares, como para os profissionais envolvidos, fica clara a necessidade de se alterar o modelo de atenção, indo ao encontro da gestão compartilhada da clínica, necessitando de cooperação de saberes e disponibilidades, além da importância de laços solidários entre a equipe e a rede social dos usuários (INCA, 2008).

Tendo isto em vista, a construção de redes tornou-se uma estratégia indispensável, que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2009). E a regulação assistencial uma alternativa importante para assegurar que as necessidades individuais dos usuários, em relação à atenção à saúde, sejam supridas (BRASIL, 2011a).

Frente a estas problemáticas, percebe-se a necessidade de repensar as práticas em saúde e em gestão, buscando a concretização de um novo modelo de atenção efetivamente resolutivo e integral. A reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e consequências, permite abordar uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e de como resolver os problemas para modificar determinada realidade (SÃO PAULO, 2001).

Esta intervenção, realizada na forma de uma ação educativa, surge como resposta a um dos objetivos do projeto de pesquisa - guarda-chuva - intitulado **Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: “nó crítico” do SUS**, onde se propõe identificar, a partir de dados analisados, quais as intervenções práticas poderiam ser realizadas nos serviços de saúde envolvidos, buscando contribuir para a melhoria da regulação assistencial.

Além disso, apoia-se nos dados apresentados em outros três estudos intitulados: **Entre o desejo e a realidade**: a rede de atenção aos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva dos profissionais da atenção básica de saúde; **Equipe multiprofissional na atenção ao usuário com neoplasia de cabeça e pescoço**: dispositivos da clínica ampliada e rede de saúde; e **Ações de regulação assistencial para efetivação da clínica ampliada**: percepções dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço.

Diante do exposto, o presente estudo teve por **objetivo** *compartilhar os “nós críticos” encontrados referentes à regulação assistencial da linha de cuidado desses usuários, exercitar a postura profissional e ética e, proporcionar a vivência de possíveis estratégias de intervenção e discussões a cerca da regulação assistencial.*

A proposta de um trabalho enquanto relato de experiência e não relato de resultados propriamente dito, se justifica no pressuposto que, segundo Merlo, Jacques e Hoefel (2001) são necessárias produções textuais que apresentem, sistematizem e fundamentem propostas de intervenção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo contemplará as principais políticas que abordam o tema referente à regulação da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), em uma perspectiva histórica, abordando os dispositivos para a efetivação desse processo, assim como a abordagem das tecnologias de intervenção em saúde.

2.1 O SUS e as políticas de regulação

A Lei nº 8080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu capítulo IV faz referência sobre a atividade de fiscalização das ações e serviços de saúde pública de modo que, sendo estabelecido pelo artigo 15º como dever da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A estes cabe a responsabilidade de definir os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

A Portaria n.º 373/GM de 27 de fevereiro de 2002 aprovou, na forma de anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que apresenta como finalidade: ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, além de elaborar mecanismos que visem regular a oferta e a demanda dos serviços, organizar os fluxos e a garantir o acesso às referências (BRASIL, 2002).

Com enfoque específico para os usuários que vivenciam a neoplasia, a Política Nacional de Atenção Oncológica instituída em dezembro de 2005, através da Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, promove a descentralização e a valorização da corresponsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, visando a integralidade da atenção em oncologia, indo ao encontro das diretrizes e estratégias de democratização institucional, estabelecidas no âmbito da construção do SUS. A Rede de Atenção Oncológica (RAO) visa qualificar a

assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde em acordo com os princípios da integralidade e da humanização (INCA, 2008).

Outro importante passo, na corresponsabilização pela integralidade da atenção, foi o Pacto pela Saúde, regulamentado através da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que traz a regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso à assistência como diretrizes. Este pacto tem como objetivo produzir todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, e em seu artigo 1º dispõe da sua implantação em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. Em seu artigo 2º dispõe que as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS, estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, compreendendo a Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e a Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2011a).

A Portaria de nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Apresenta em seu anexo às diretrizes estratégicas para sua implementação, uma revisão de conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos e as principais ferramentas de micro gestão dos serviços, com vistas a melhorar a efetividade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010)

Recentemente, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 inaugura um novo marco na relação interfederativa, ao regulamentar aspectos da Lei 8.080/90 no que diz respeito à organização do SUS quanto ao planejamento e a assistência à saúde e, à articulação interfederativa, instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como o acordo de colaboração entre os três entes federativos para organização e integração das ações e serviços de saúde em redes de atenção, regionalizadas e hierarquizadas (BRASIL, 2011b)

A partir do foi exposto, entende-se que através de uma regulação assistencial efetiva as necessidades individuais dos usuários em relação à atenção à saúde poderão ser supridas, sendo que esta é notadamente amparada pela legislação através de normas, diretrizes e pactos. No entanto, na literatura há poucos relatos sobre como tal processo ocorre na prática. Além disso, em alguns estudos o termo regulação assistencial é utilizado erroneamente como sinônimo de regulação do acesso, haja vista que o primeiro abrange uma complexidade maior de dispositivos para ser efetivado, sendo o acesso, apenas um deles.

2.2 O intervir em saúde e as novas tecnologias

Campos (2010), em um de seus recentes estudos relembra alguns elementos operacionais conhecidos que possibilitam tanto a cogestão quanto a ampliação da clínica e do trabalho em saúde; dentre eles, o “Apoio Paidéia” como metodologia para a cogestão da clínica, que possui a finalidade de construção da capacidade de análise e compreensão sobre si mesmo, das relações com o mundo, e sobre organizações e o contexto nelas vivenciados. Este método se constrói mediante a reflexão sobre a prática, pois “falar sobre dificuldades da prática, em geral, tende a produzir uma abertura da resistência dos sujeitos e a busca de outras disciplinas, valores e possibilidades subjetivas” (CAMPOS, 2010, p. 2343).

No estudo de Baduy, Feuerwerker, Zucoli e Borian (2011), as autoras debateram sobre como se organiza a regulação assistencial na cidade de Londrina, no estado do Paraná, a partir da atuação da assessoria técnica - profissionais da saúde que fazem parte da gestão - a fim de apoiar à produção do cuidado integral, organização dos coletivos, bem como os dispositivos utilizados para a produção da integralidade. Depois de identificados os nós críticos pela equipe gestora e, como estratégia para “desamarrar” os nós foram realizadas oficinas de planejamento estratégico, utilizando dados epidemiológicos, relatórios das conferências municipais, plano municipal de saúde e a vivência da equipe gestora e dos trabalhadores da rede municipal. Segundo autoras, para a construção da regulação é necessário à criação de espaços de diálogos entre os profissionais dos diferentes

pontos da rede de atenção, sendo a educação permanente um dispositivo utilizado para resolutividade da atenção.

Para Nascimento et al. (2009), a função da regulação assistencial ultrapassa a relação com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência; atuando no incentivo para a maior responsabilização dos profissionais de saúde dos diversos pontos de atenção com o propósito de garantir a assistência integral e o suprimento das necessidades individuais e coletivas dos usuários do SUS.

A assistência integral pressupõe a ampliação do “objeto de trabalho”, acrescentado à clínica tradicional - focada apenas na doença - os problemas de saúde e, principalmente, a consideração de que estes estão internalizados nos sujeitos. Essa ampliação exige mudanças nos meios de intervenção, pois, lidar com as pessoas para além da sua dimensão biológica, trabalhando também com sua dimensão social e subjetiva ainda é um grande desafio para a saúde em geral (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A ampliação e compartilhamento da clínica, segundo Campos e Domitti (2007), se fundamenta na construção de processos de saúde e nas relações entre serviços e a comunidade, tornando-se uma atividade conjunta e participativa.

Para tanto, alguns arranjos organizacionais são importantes para viabilizar estes processos: a prática da clínica ampliada, a gestão compartilhada em colegiados, a constituição das unidades de produção e o apoio matricial. No entanto, poucas instituições hospitalares têm se preocupado em investir nestes dispositivos, fazendo a opção pelas normas e não pela construção de sujeitos autônomos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A Clínica ampliada é “um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes” (BRASIL, 2007, p. 3). O desafio que os profissionais da saúde e gestores encontram no seu cotidiano é de buscar a interação e o diálogo com os sujeitos da equipe de maneira que todos sejam respeitados e valorizados. Além disso, quando a equipe pratica clínica ampliada, ela visa à participação e autonomia do usuário e sua família no projeto terapêutico.

Franco e Magalhães Júnior (2007) apresentam o desenvolvimento e operacionalização das linhas de cuidado como uma proposta para vencer os

desafios de ter uma assistência integral à saúde, reorganizando os processos de trabalho. Para os autores estas linhas constituem-se de fluxos, direcionados de forma singular, guiadas pelo projeto terapêutico do usuário. Além disso, são frutos de um grande pacto realizado por todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais.

3 MÉTODO

Este é o relato de uma intervenção, realizada como ação educativa, com profissionais gestores em saúde de uma Coordenadoria Regional de Saúde, da região Central do Estado do Rio Grande do Sul; a partir de dados obtidos de um projeto de pesquisa - guarda-chuva - intitulado **Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: “nó crítico” do SUS**, onde se propôs, dentre seus objetivos, identificar, a partir de dados analisados, quais as intervenções práticas poderiam ser realizadas nos serviços de saúde envolvidos, com vistas a contribuir para a melhoria da regulação assistencial. Associado a isso, os dados apresentados na intervenção, fazem parte de outros três estudos intitulados: **Entre o desejo e a realidade**: a rede de atenção aos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva dos profissionais da atenção básica de saúde; **Equipe multiprofissional na atenção ao usuário com neoplasia de cabeça e pescoço**: dispositivos da clínica ampliada e rede de saúde; e, **Ações de regulação assistencial para efetivação da clínica ampliada**: percepções dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço.

O objetivo desta intervenção é compartilhar os “nós críticos” encontrados referentes à regulação assistencial da linha de cuidado dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, exercitar a postura profissional e ética, proporcionar vivência de possíveis estratégias de intervenção e discussões a cerca da regulação assistencial do público alvo.

Neste sentido, uma intervenção na forma de uma ação educativa é um processo que inclui o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e sua relação com a melhoria das condições de saúde da população. A proposta é desenvolver nas pessoas, grupos e/ou população, a consciência das causas e consequências dos problemas de saúde e, ao mesmo tempo, criar condições para atuar no sentido da mudança (SÃO PAULO, 2001).

Rimoli (2007) utiliza o termo “intervenção pedagógica” para distinguir este tipo de ação dos cursos ou capacitações, cuja metodologia muitas vezes, determina que

funcionem apenas como transmissores de informações. Já Baremlitt (1992, p.178), nos traz o conceito de “intervenção institucional”, como sendo uma:

“... ação transformadora praticada segundo uma ética e uma política, formalizada em uma teoria que aplica, segundo certas regras metodológicas, uma série de recursos técnicos. Todo procedimento parte de uma avaliação logística de disponibilidades e é planejado segundo uma estratégia que se decompõe em táticas. Seu objetivo central é propiciar nos coletivos intervindos a ação do instituinte-organizante e, no seu limite, a implantação de processos de autoanálise e autogestão.”

Esta intervenção foi realizada obedecendo o planejamento, de acordo com o preconizado pela literatura.

3.1 Planejamento

O planejamento de uma ação em saúde deve ser um processo ordenado e pressupõe certos passos ou etapas básicas, estabelecidos em uma ordem lógica (SÃO PAULO, 2001).

3.1.1 Diagnóstico

Compreende a coleta, análise e interpretação dos dados, além do estabelecimento de prioridades. É uma leitura da realidade, que se aproxima o mais possível da “verdadeira realidade”, permitindo a identificação dos problemas, suas causas e consequências, e principais características. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados (SÃO PAULO, 2001).

A seguinte proposta de intervenção surge como resposta a um dos objetivos do projeto guarda-chuva, conforme mencionado anteriormente, onde as residentes multiprofissionais se propuseram:

- Investigar a procedência dos usuários que realizaram cirurgia da clínica de cabeça e pescoço no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012 num

Hospital Universitário da região Central do Estado do Rio Grande do Sul - considerado referência para os municípios de origem destes usuários.

- Identificar os cinco municípios de maior incidência de casos de usuários com neoplasia de cabeça e pescoço.
- Entrevistar em domicílio dois usuários de cada município elencado, três profissionais de nível superior das unidades de referência destes usuários, além de cinco profissionais da unidade de internação do hospital de referência, local onde o usuário realizou o procedimento cirúrgico.

O projeto guarda-chuva foi desenvolvido durante a carga horária complementar das residentes multiprofissionais, pactuada com a Coordenadoria Regional de Saúde da região - responsável por desempenhar as atividades de gestão do SUS em trinta e um municípios da região Central do Estado do Rio Grande do Sul - no Setor de Regulação e Planejamento e, nos municípios onde foi realizada a coleta de dados para a pesquisa. Para fins deste estudo, se usará apenas a abreviatura CRS para se referir a Coordenadoria Regional de Saúde.

Participaram da intervenção sete profissionais atuantes no Setor de Regulação e Planejamento e do Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), desta CRS, selecionados intencionalmente para esta atividade.

3.1.2 Plano de Ação

Inclui a determinação de objetivos, determinação da população-alvo, a metodologia e os recursos a serem utilizados, além do cronograma de atividades (SÃO PAULO, 2001).

O tema proposto no projeto guarda-chuva já era de conhecimento do público selecionado, em função da atuação das residentes no Setor de Regulação e Planejamento da CRS e de algumas apresentações realizadas no período da carga horária complementar, dentre estas: o seminário organizado pelo NURESC em outubro de 2012; nas reuniões mensais do próprio setor; na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) de 2012. Momentos estes em que profissionais e gestores demonstraram grande interesse em posteriormente ter o retorno e o acesso aos dados pesquisados pelas residentes multiprofissionais.

Esta intervenção foi planejada a partir do momento em que os dados coletados referentes aos outros três estudos começaram a ser analisados. A partir desse momento pode se perceber que a problemática envolvendo a regulação assistencial dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço - foco deste estudo -, perpassa por uma falta de corresponsabilização tanto dos profissionais ligados diretamente à assistência, quanto dos responsáveis pela gestão do sistema, além do desconhecimento, por parte do usuário, do seu papel nesta rede de cuidado.

Rimoli (2007), em seu trabalho, categoriza três distintos atores protagonistas, reais ou potenciais, do cenário de saúde construído, sendo eles os usuários, os trabalhadores e os gestores. Faz também referência à conceituação de ator utilizada por Carlos Matus, o qual considera que, a partir dos seus problemas e dos recursos que controla, todo o ator tem o poder para construir planos de ação e disputar seus projetos. Para Merhy (2007), a falha está na omissão por parte destes atores, nos seus papéis e direitos, o que produz conflitos e desgastes, fechando assim um círculo vicioso.

Por isso se planejou realizar uma intervenção no sentido de ação educativa, fazendo a explanação dos resultados, a utilização de dinâmicas e técnicas que otimizassem a participação do público escolhido. Entende-se que os profissionais que participaram desse momento se constituem disseminadores dos processos que envolvem as ações de saúde, o que os caracteriza atores potenciais na mudança de modelo das ações de saúde.

3.1.3 Execução

O terceiro passo de uma intervenção na forma de uma ação educativa é a execução, que consiste na operacionalização do plano de ação (SÃO PAULO, 2001).

Esta intervenção foi organizada para um encontro, preparado na forma de seminário, previamente pactuado com os profissionais elencados, realizado na própria CRS com duração prevista para aproximadamente duas horas.

3.1.4 Avaliação

Conforme São Paulo (2001), este passo inclui a verificação de que os objetivos propostos foram ou não alcançados. A avaliação será explanada após a apresentação e discussão da intervenção realizada.

4 INTERVENÇÃO E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a apresentação dos dados da pesquisa para os participantes desta intervenção, foram distribuídos envelopes coloridos, identificados apenas com siglas, e foi orientado que abrissem apenas quando solicitado. Esta intervenção foi realizado obedecendo aos seguintes momentos:

4.1 Primeiro momento

Retomou-se a apresentação do projeto guarda-chuva, com uma breve explanação da situação atual da linha de cuidado dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, encontrada pelas residentes em seus dois anos de atuação junto à respectiva clínica no hospital universitário onde desenvolvem suas práticas; a justificativa e os objetivos do projeto guarda-chuva; e os passos para execução do projeto, contemplando a parte metodológica referente às entrevistas, transcrições e categorização.

4.2 Segundo momento

O segundo momento contemplou a apresentação dos resultados das entrevistas com os profissionais da Atenção Básica, referência para os usuários selecionados para a pesquisa e, dos profissionais da clínica cirúrgica do hospital, de onde emergiram categorias como percepções da rede, referência e contrarreferência. Deu-se ênfase para estas categorias pelo fato de serem temas que estão diretamente relacionados ao processo da gestão.

Neste momento, através do exposto, pode ser observada com base nos relatos dos entrevistados da pesquisa, a falta de comunicação que existe entre os

profissionais de um mesmo setor e, principalmente, entre os profissionais de diferentes níveis de atenção.

Para Cecilio e Merhy (2003), mecanismos constituídos de relações muito assimétricas de poder entre os vários núcleos profissionais dificultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores para que o cuidado efetivamente aconteça. Este cuidado, na forma idealizada pelo usuário, compõe o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira consciente e negociada, entre os vários cuidadores. Segundo os autores, mais do que pensar o trabalho em equipe como uma simples somatória de ações, deve-se pensar em arranjos institucionais e modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho, resultando em uma atuação mais solidária e com um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (CECILIO; MERHY, 2003)

Segundo Manfroi (2007) é tarefa e desafio de todos profissionais e atores envolvidos no campo da produção em saúde, refletir e enfrentar esta temática de modo crítico, na busca de um agir comprometido com a mudança dos modelos de gestão-atenção-educação em saúde, que (re) conduza os processos de produção de práticas ao eixo orientador que são os Princípios e Diretrizes do SUS.

Em seu estudo, Mendes (2010) apresenta um panorama das transições demográfica e epidemiológica, que atualmente, significam um aumento relativo das condições crônicas; e relata que a incapacidade em prestar uma atenção contínua à população, se deve aos sistemas fragmentados em saúde, que se organizam através de pontos isolados. Neste mesmo estudo, o autor faz um comparativo entre o gasto *per capita* anual do Brasil e dos Estados Unidos para o manejo das condições crônicas, onde constata que o problema não está no volume de recursos despendidos, mas na forma como se organizam os sistemas de atenção à saúde.

Nesse sentido, Mendes (2010, p. 2300) propõe mudanças profundas buscando superar o sistema fragmentado vigente através da implantação efetiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se constituem em:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo

certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Para que a Atenção Primária em Saúde efetive-se como um componente da estrutura operacional da RAS, deve cumprir três papéis essenciais, que são: a resolução, com a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, com a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, com a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população (MENDES 2010).

Com um enfoque voltado para as intuições hospitalares, conforme Campos (2010) seria adequado assegurar à equipe de referência responsável por determinado caso toda a condução do projeto terapêutico, como a indicação de internação, o acesso a exames ou a especialistas, entre outros; reservando aos “reguladores” papel de ordenação e de coordenação.

Para Cunha (2005), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) utiliza-se de um conjunto de diretrizes que sinalizam a direção para as construções coletivas, quais sejam: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ampliação da clínica, fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência, construção de memória dos processos de mudanças e aumento no número de leitos.

Nesta lógica a construção de diretrizes, protocolos e campos de cuidado obedeceriam a estratégias dialógicas de busca de consenso e envolvimento das equipes, favorecendo assim, um agir comunicativo e cogestão participativa (CAMPOS 2010).

Para elucidar tais observações foi apresentado, ao público da intervenção, um breve vídeo de comédia sobre os problemas que uma comunicação não efetiva pode ocasionar, seguido de uma dinâmica intitulada “Bilhetes”.

4.3 Terceiro momento

Apresentação das percepções dos usuários entrevistados para a pesquisa, que realizaram procedimento cirúrgico por neoplasia de cabeça e pescoço no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012, de onde emergiram categorias referentes ao desconhecimento do sistema e a vulnerabilidade destes indivíduos. As observações foram direcionadas para a questão do empoderamento do usuário através de atividades de educação em saúde.

Segundo Malta e Merhy (2010), a Promoção da Saúde, através do empoderamento, busca permitir aos indivíduos e coletivos a capacidade de viverem suas vidas em suas distintas etapas e lidarem com as limitações impostas por eventuais enfermidades; além de, sugerir que estas ações devam ser realizadas na escola, no domicílio, no trabalho e nos coletivos comunitários.

Para possibilitar este trabalho em saúde é importante equipar-se de mecanismos que assegurem a relação diacrônica entre o usuário e o profissional de saúde, estimulando a construção de vínculo e corresponsabilidade terapêutica, possibilitando tanto a cogestão quanto a ampliação da clínica e do trabalho em saúde (CAMPOS 2010). Complementando esta ideia, Campos e Amaral (2007), colocam que a principal ampliação sugerida é a “clínica do sujeito”, ou seja, uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, da capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo.

A construção da autonomia e do autocuidado preconiza a compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, além da capacidade de usar o poder e estabelecer compromisso e contrato com outros (MOURÃO et al., 2006). Estes resultados somente poderão ser alcançados com a efetivação de uma clínica compartilhada e a mudança de comportamento em relação à ideia de que o usuário parece um objeto inerte.

Como fechamento para este momento, foi exibido um vídeo, o qual demonstra como um usuário mal informado pode reagir diante de uma situação crítica, como quando relacionado ao processo de saúde-doença. Após a apresentação os presentes realizaram suas considerações.

Nota: Durante a apresentação das percepções dos três públicos trabalhados, constavam na tela as mesmas siglas dos envelopes coloridos distribuídos no início da apresentação; neste momento quem continha o envelope mencionado deveria

abrir e ler o seu conteúdo, que nada mais era do que a transcrição direta das falas do público pesquisado, utilizadas neste momento como exemplo, de um determinado tópico. Procurou-se com isso, incitar a empatia dos profissionais gestores, já que devido a extensa atividade burocrática, estes às vezes distanciam-se da prática assistencial.

4.4 Quarto momento

Como continuidade a intervenção proposta, foi apresentado outro vídeo com a temática da corresponsabilização.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) através do princípio da transversalidade se utiliza de ferramentas e dispositivos para consolidar as redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Enfatiza que estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Preconiza a constituição de uma gestão participativa, que envolva trabalhadores da saúde, usuários e gestores, em um pacto ético de corresponsabilidade e baseada em contratos e compromissos.

Logo a seguir, foi solicitado para que cada participante, em posse de um novelo de linha, realizasse uma breve reflexão sobre o seu papel na CRS, recorrendo sugestões do que poderia ser realizado, na tentativa de melhorar os pontos críticos apresentados em relação à pesquisa.

Após realizar sua explanação, o participante deveria ficar segurando uma ponta do novelo e passar o mesmo para o próximo e assim sucessivamente. No final das falas havia se formado uma rede ao longo da sala, de onde emergiu a ideia de que nós somos um, mas somos parte de um todo, e que se um de nós soltasse alguma ponta da rede está se desfaria rapidamente.

Na visão de Merhy (2007), para pensar em modelos de atenção integral e efetiva, se deve entender antes que estes são concretizados através de uma contratualização, de um acordo firmado entre os atores centrais no conjunto das ações de saúde.

O seminário foi finalizado com a apresentação de sugestões por parte das pesquisadoras, um vídeo motivacional e com um *coffe break* para confraternizar.

5 PERCEPÇÕES DAS PESQUISADORES EM RELAÇÃO A INTERVENÇÃO

Parece não haver dúvidas de que o paradigma ainda hegemônico prescreve a disjunção, como nos acena Morin (2008). Essa lógica tem levado ao descompromisso com a abordagem integral causando inúmeros prejuízos, uma vez que a dimensão humana se fundamenta nas necessidades das pessoas, em suas expectativas, receios e potencialidades gerando insatisfação tanto nos usuários, que se sentem desamparados, quanto nas equipes de saúde, que estabelecem uma relação impessoal, abrindo mão da característica mais forte da profissão que é a relação e interação com o outro.

Nesta perspectiva, Freire (2011) coloca que é refletindo que nos tornamos capazes de intervir na realidade, pois esta é tarefa complexa e geradora de novos saberes. Somos atores e temos governabilidade sobre certos processos no campo da saúde (MERHY, 2007). Mas como desempenhar a nossa função, partindo de uma visão unilateral?

Seguindo este raciocínio, Morin (2000) faz importantes contribuições quando aborda a prática mental do autoexame, onde a compreensão das fraquezas ou faltas é a via para a compreensão das do outro, pois só quando nos reconhecemos seres falíveis, frágeis e insuficientes é que percebemos que é necessário de mútua compreensão. Complementando o autor traz a questão do “bem pensar”, como modo que permite apreender em conjunto o texto e o contexto, o ser e seu meio ambiente, ou seja, o complexo das condições do comportamento humano, permitindo-nos compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas.

Diante do relato desta intervenção, pode-se perceber nas falas dos participantes, que muitos dos pontos abordados já eram de seu conhecimento, no entanto, os mecanismos pelos quais se desenvolvem eram desconhecidos. E foi através do (re) conhecimento dos relatos dos entrevistados que o público desta intervenção pode reconhecer suas fragilidades e o seu papel nesta rede de atenção.

De acordo com Morin (2000), a palavra compreender traz a ideia de que não basta ter somente um elemento de explicação, mas diversos; e que a compreensão

humana vai além disso, porque, na realidade, ela comporta uma parte de empatia e identificação. É isto que permite a verdadeira comunicação humana.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema abordado mostrou-se de grande relevância para o cenário atual da saúde e para aplicabilidade e efetividade do SUS como política pública, universal, equânime e integral.

Esta importância foi perceptível, na ótima receptividade que obtivemos dos usuários nas visitas domiciliares e da participação efetiva da maioria dos profissionais entrevistados, tanto da Atenção Básica, como do hospital. Também foi demonstrado no apoio recebido pelos profissionais da CRS e do interesse em receber o retorno de tais dados para, a partir deles, repensar as práticas em gestão no SUS.

Ter o panorama de todo um complexo fluxo, que traz a tona, além das questões práticas - burocráticas e objetivas - também as questões subjetivas referentes à comunicação e aos sentimentos, foi o objetivo pessoal e profissional das pesquisadoras, alcançado com êxito ao final do Programa de Residência.

Esta intervenção vem como um primeiro passo, na busca de transformar, através da prática reflexiva, as problemáticas levantadas em soluções. Um primeiro momento, de muitas que virão para “desamarrar” os nós críticos que permeiam a atenção em saúde dos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço - e quem sabe, pela generalidade de algumas informações encontradas, de todos os demais.

O público, intencionalmente selecionado para esta intervenção, formado por gestores, indivíduos responsáveis por uma gama de mecanismos efetivos de mudança, já discutiam atitudes que pudessem contribuir para modificar este panorama enquanto as percepções dos três públicos pesquisados eram expostas. Entende-se que este é o maior ganho deste estudo, propiciar a reflexão, não só de como as coisas estão, mas do que pode ser feito para melhorá-las. Esperamos que sirva de incentivo para que esse emaranhado de ideias possam se transformar em ações.

Para um maior aprofundamento no tema e maior disseminação dos dados coletados, as pesquisadoras foram convidadas a apresentarem esta intervenção na próxima reunião conjunta das duas CIR, que compreendem os trinta e um municípios desta CRS. Uma grande reunião com esses três públicos – gestores

municipais, CRS e gestores de um hospital universitário - já havia sido articulada pelas residentes, como uma intervenção na forma de ação educativa, mas esta foi inviabilizada em função do tempo disponibilizado pelo Programa de Residência não acordar com a agenda de atividades das CIR.

Como princípio ético, mesmo após a finalização do Programa de Residência Multiprofissional, este grande encontro já está pactuado pelas residentes com a CRS para a primeira semana de março de 2013, em local e horário a confirmar, onde os atores agentes desta rede de atuação em saúde serão convidados a participar.

Pois como nos diz Freire (2011), estar no mundo, necessariamente significa estar com o mundo e com os outros; e sem aprender, sem ensinar, sem politizar, não é possível.

REFERÊNCIAS

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

BAREMBLITT, G. F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011a. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS).

BRASIL. **Decreto nº 7508, de junho de 2011**. Brasília-DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ed. Série B. **Textos básicos de saúde**. Brasília (DF): Ministério de Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4279**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010 dez.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União 2002. 28 de fevereiro: 52 (seção 1).

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. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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 & Saúde Coletiva**, 15(5):2337-2344, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2337-2344, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** v.23 n.2 Rio de Janeiro fev. 2007.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS, Abrasco, 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção primária**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

FÉLIX, S. B. C. M.; CUTOLO, L. B. A. **Objetos fronteiriços possibilitando o desenvolvimento da interdisciplinaridade durante a graduação em Fisioterapia**. 2005. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. Paz e Terra. São Paulo, 2011.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **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.

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, jul./set. 2010.

MANFROI, E. M. **Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade do Vale dos Sinos, 2007.

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

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERLO, A. R. C.; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. Trabalho de Grupo com Portadores de Ler/Dort: Relato de Experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2001, 14(1), pp 253-258.

MORIN, E. M. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários a Educação do Futuro**. 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.

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

NASCIMENTO, A. A. M; DAMASCENO, A. K; SILVA, M. J; SILVA, M. V. S; FEITOZA, A. R. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 2, p. 346-52, 2009.

OLIVEIRA, I. B. et al. Qualidade de vida de pacientes pós-cirúrgicos de tumores malignos da cabeça e pescoço. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 14(6):523-528, nov./dez., 2005.

RIMOLI J. Análise de uma intervenção pedagógica em Centros de Saúde e seu impacto na assistência e na gestão. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Educação em Saúde: Planejando as ações educativas - teoria e prática. **Manual para operacionalização das ações educativas no SUS**. São Paulo. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PROJETO DE PESQUISA

Título: REGULAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL A PACIENTES COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO: ¿NO CRÍTICO¿ DO SUS.

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 3

CAAE: 06493312.3.0000.5346

Pesquisador: Jucelaine Arend Blmer

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 109.807

Data da Relatoria: 19/09/2012

Apresentação do Projeto:

A regulação no setor saúde é uma ação complexa, que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias. Este setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos em distintos pontos de atenção à saúde, atenção básica, ambulatorial e hospitalar. O presente projeto propõe-se a analisar o processo de regulação assistencial do paciente portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde ¿ SUS, com a finalidade de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde na perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de regulação assistencial do paciente portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde ¿ SUS, com o propósito de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde na perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OS riscos estão descritos e são inerentes a pesquisa realizada através de entrevistas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente proposta de pesquisa caracteriza-se como qualitativa, do tipo transversal, exploratória e descritiva. Será realizada uma entrevista com profissionais da saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar o projeto

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: 5532-2093 Fax: 5532-2080 E-mail: comitecep@maul.ufsm.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 27 de Setembro de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: 5532-2003 Fax: 5532-2080 E-mail: comitecapesquisa@mail.ufsm.br