

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

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM NEOPLASIA DE  
CABEÇA E PESCOÇO NA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO EM  
SAÚDE DE SANTA MARIA - RS**

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

**Isabel Cristina Berger**

**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 -

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM NEOPLASIA DE  
CABEÇA E PESCOÇO NA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO EM  
SAÚDE DE SANTA MARIA - RS**

Elaborado por

**Isabel Cristina Berger**

Orientado por

**Profª. Drª. Teresinha Heck Weiller**

**Requisito parcial para obtenção do grau de  
Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**

**Comissão Examinadora:**

Dra. Teresinha Heck Weiller  
(UFSM)-Presidente

Dra. Maria Denise Schimith  
(UFSM)

Ms. Mirna Dorneles Moreira  
(4ª CRS)

Santa Maria, 19 de março de 2014.

# **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO NA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE DE SANTA MARIA - RS**

Itinerary of therapeutic users with head and neck neoplasm's of the network of municipal health care of Santa Maria - RS

**Isabel Cristina Berger<sup>1</sup>, Ana Regina Machado Martins<sup>1</sup>, Betina Perico Lavich<sup>1</sup>,  
Fernanda Machado Mello<sup>1</sup>, Teresinha Weiller<sup>2</sup>, Rosana Huppel Engel<sup>3</sup>**

1. Residente do Programa de pós-graduação em residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde; 2. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. 3. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

---

## **RESUMO**

Este artigo discute o itinerário terapêutico de pacientes com de neoplasia de cabeça e pescoço, a partir de relatos dos usuários e de vivências realizadas junto ao setor de regulação na secretaria municipal de saúde do município em estudo. Tem como objetivo analisar o itinerário terapêutico e a utilização dos serviços de saúde, bem como caracterizar a rede de atenção em saúde aos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço de Santa Maria. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Participaram do estudo 22 usuários, a coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de instrumento que buscou

identificar o itinerário terapêutico. Foram realizadas observações de campo junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS com objetivo de compreender como ocorre a regulação assistencial. Como resultado, pode-se observar que apenas metade dos entrevistados procurou os serviços da atenção básica de saúde como porta de entrada. A maioria dos usuários chegou ao serviço terciário por chamadas portas invisíveis, não por fluxos formais, como preconizados pelo Sistema Único de Saúde. O tempo de espera para a consulta especializada, diagnóstico e tratamento variou significativamente, de acordo com o itinerário terapêutico percorrido. Sendo necessário o estabelecimento de fluxos e rotinas, a fim de criar linha de cuidado que articule os diversos serviços de diferentes densidades tecnológicas.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Gestão em saúde; Equidade em saúde;

---

## **ABSTRACT**

This article discusses the therapeutic itinerary of patients with head and neck cancer, as reported by users and experiences made by the regulatory sector in municipal health department of the city under study. Aims to analyze the therapeutic itinerary and utilization of health services, as well as to characterize the network of health care users with head and neck cancer in Santa Maria. This is a qualitative, exploratory and descriptive. 22 users participated in the study, data collection occurred through the application of an instrument aimed at identifying the therapeutic itinerary. And for that field observations were conducted by the City Health Department in order to understand how to care regulation occurs. As a result, it can be observed that only half of respondents sought the services of primary health care as a gateway. Most users come to the tertiary service calls by invisible doors, not by formal flows, as advocated by SUS. The waiting time for specialized diagnosis and treatment consultation varied significantly according to the therapeutic route taken. Being necessary to establish

flows and routines in order to create care line that articulates the different services of different technological densities.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Management; Equity in Health;

---

## INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, criado em 1988 organiza-se a partir da conformação de Redes de Atenção, a qual se configura por arranjos de organização de ações e serviços em saúde, criadas como estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aprimorar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com fins de garantir ao usuário as ações e serviços que necessita com eficiência<sup>1</sup>.

Desta forma as Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuem como característica a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica (AB), através da centralidade das necessidades em saúde de uma população, cuidado multiprofissional, responsabilização na atenção contínua e integral, compromissos com os resultados sanitários e econômicos e compartilhamento de objetivos<sup>1</sup>.

No que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde, a AB tem sido pensada, tanto como a porta de entrada preferencial do sistema, por constituir-se freqüentemente o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade<sup>1</sup>.

Para Starfield<sup>2</sup>, é a AB que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das

demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

O conceito de acesso modificou-se ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluíram e novas necessidades surgiram. Para Aday e Andersen<sup>3</sup> o acesso aos serviços de saúde leva em consideração as características da população a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. As principais características do acesso à saúde abordam as dimensões da; disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação<sup>4</sup>.

Associado a dimensão do acesso vincula-se o princípio da resolutividade, que se refere à capacidade do sistema em resolver situações relacionadas à saúde/doença de forma adequada em todos os níveis de atenção<sup>5</sup>.

O termo itinerário terapêutico é utilizado com frequência para definir o percurso percorrido por indivíduos em busca de cuidados terapêuticos, ou seja, todos os movimentos desencadeados na busca pela preservação ou recuperação da saúde, podendo mobilizar diferentes recursos<sup>6</sup>.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde<sup>7</sup> implementou a Política Nacional de Atenção Oncológica para organizar o tratamento do câncer no Brasil, criando mecanismos regulatórios. Atrasos entre o início dos sintomas e o diagnóstico são comuns, o que retarda o planejamento terapêutico e piora o prognóstico<sup>8</sup>. Costa e Migliorati<sup>9</sup> referem que a educação dos pacientes e dos profissionais da saúde para o reconhecimento precoce de lesões com potencial de malignidade e encaminhamento para atendimento imediato para centros especializados certamente contribuiria para a melhora do prognóstico para os pacientes portadores deste tipo de câncer.

Tendo como referência esse cenário, este estudo analisou a rede de atenção percorrida por usuários com neoplasia de cabeça e pescoço, uma vez que se percebeu que estes são referenciados à atenção de alta densidade tecnológica tardiamente, em sua maioria com

prognóstico desfavorável quanto à evolução da patologia.

Desta forma, o objetivo do estudo foi analisar o itinerário terapêutico e a utilização dos serviços de saúde, bem como caracterizar a rede de atenção em saúde aos usuários com neoplasia de cabeça e pescoço de Santa Maria, visando contribuir para o planejamento em saúde local.

## **MÉTODOS**

O presente artigo configura-se como um recorte integrante do projeto Atenção Integral a usuários portadores de neoplasia de cabeça e pescoço em um município do interior do Rio Grande do Sul, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Caracteriza-se como qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. Foi realizado em Santa Maria, município localizado na região central do Rio Grande do Sul.

Para realização deste estudo, na primeira etapa a coleta dos dados foi estruturada a partir do levantamento de informações dos usuários internados na Unidade de Clínica Cirúrgica na especialidade de cabeça e pescoço do Hospital Universitário de Santa Maria, hospital escola de referência macrorregional, no período de março de 2012 a março de 2013, com diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço, provenientes do município em questão, identificou-se 50 usuários que foram atendidos no serviço especializado.

No segundo momento foi aplicado instrumento de coleta de informações junto aos usuários e ou familiares buscando identificar o caminho percorrido pelo usuário com neoplasia de cabeça e pescoço, desde o aparecimento dos primeiros sintomas, diagnóstico e intervenção.

Todo material foi registrado, gravado, categorizado para compor o banco de dados e analisado posteriormente, considerando opiniões recorrentes e freqüentemente expressas,

dissensos e consensos.

Os sujeitos da pesquisa foram 22 (vinte e dois) usuários que preencheram os seguintes critérios de inclusão: maiores de dezoito (18) anos, sem prejuízo na capacidade cognitiva comportamental, com diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço, que realizaram procedimento cirúrgico no hospital escola no período de março de 2012 a março de 2013, provenientes de Santa Maria.

Ainda para caracterizar a rede municipal de atenção em saúde aos usuários com neoplasias de cabeça e pescoço, foi realizada observação de campo junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS com objetivo de conhecer os caminhos percorridos pelos usuários na regulação assistencial e as observações foram registradas conforme o roteiro elaborado para esse momento do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 21966413.6.0000.5346. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações, conforme Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 196/96, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos<sup>10</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente estudo possibilitou obter um panorama sobre aspectos relacionados à utilização dos serviços de saúde e itinerário terapêutico de pacientes com de neoplasia de cabeça e pescoço no município, bem como a forma como ocorre sua regulação.

A partir do surgimento dos primeiros sintomas, observou-se maior procura pela



atenção primária em saúde (11 usuários), seguida pela busca pelo serviço privado (08 usuários), diretamente na atenção terciária (02 usuários) e Pronto Atendimento (01 usuário), conforme tabela 1.

**Tabela 1.** Porta de entrada utilizada por usuários com de neoplasia de cabeça e pescoço à rede de atenção à saúde de Santa Maria. Rio Grande do Sul, 2013.

<b>Porta de Entrada</b>	<b>Usuários</b>	<b>%</b>
APS	11	50
Serviço privado	08	36,4
Serviço terciário	02	9
Pronto Atendimento	01	4,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa

A metade dos usuários entrevistados relatou procurar Atenção Primária em Saúde (APS), o que demonstra que ainda não é rotina a procura pela atenção básica. Quando questionados, relatam que a demora para conseguir os encaminhamentos é o principal motivo pela não procura, referiram também não considerar a mesma muito efetiva, a ocorrência de excessiva medicalização e a não investigação.

Tais resultados corroboram com estudo de Cecílio et al<sup>11</sup> que afirma que usuários consideram a atenção básica como o lugar de coisas simples, passagem obrigatória para a obtenção de encaminhamentos, pedidos de exames, medicamentos, ou até documentos para se conseguir os benefícios sociais. Traz também a percepção de que o médico generalista teria pouca resolutividade, como um encaminhador para o especialista.

É recorrente na fala dos usuários que referiram procurar as unidades básicas de saúde para a realização de curativos, aspiração traqueal, entre outros, que são informados que os profissionais não possuem capacitação para tais procedimentos, para atendimento que demandam maior densidade tecnológica, sendo encaminhados diretamente para o hospital ou pronto atendimento. Alguns usuários referiram que foram tratados de forma não acolhedora,

identificando que os profissionais não se sentiam a vontade para lidar com sua demanda tendo em visto a aparência das lesões, fato desmotivador e que por estes motivos não mais retornavam à unidade básica de saúde, permanecendo desta forma com a impressão da não efetividade desta porta de entrada, buscavam ajuda diretamente no hospital de referência.

Os entrevistados relatam ainda que eles atrasam a procura de atendimento, é comum “achar que não era nada, que o sintoma iria passar”. Foi possível verificar que o tempo para buscar o primeiro atendimento desde o aparecimento dos primeiros sintomas foi de 15 dias a 8 anos. No estudo os usuários relatam ter medo da cirurgia, que associavam a cirurgia à morte e que por este motivo muitas vezes não compareciam as consultas, “não queriam ver a verdade”, fato que pode estar justificando o atraso na busca por atendimento especializado.

No que se refere ao profissional que realizou o primeiro atendimento, foi observado que mais comumente foi realizado por clínico geral (12 usuários), seguido pelo otorrinolaringologista (3 usuários), dermatologista (2 usuários), cirurgião dentista (1 usuário), oncologista (1 usuário) e outras especialidades (3 usuários).

Pode-se perceber que a busca do profissional depende de acordo com a queixa referida pelo usuário, por exemplo, lesão em pele ao dermatologista, rouquidão ao otorrinolaringologista, dor dentária ao cirurgião dentista e alteração hormonal ao endocrinologista. Em alguns casos o primeiro atendimento foi realizado por profissionais de áreas não relacionadas, mas que possuíam vínculo com os usuários, com os quais realizavam acompanhamento, por exemplo, cardiologista e gastroenterologista.

No que se refere aos encaminhamentos realizados, 08 usuários relataram que foram encaminhados ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, 06 ao otorrinolaringologista (ORL), 02 ao dermatologista, 02 ao clínico geral, 02 não souberam informar e 02 não foram encaminhados, permaneceram no serviço que receberam o atendimento inicial.

Na pesquisa com os profissionais das unidades básicas de saúde, médicos e dentistas, que faz parte deste estudo, porém não é objeto deste artigo, foi observado que muitas vezes os mesmos não sabem para qual profissional encaminhar casos como estes ou ainda, não sabem da existência e do funcionamento da clínica de cabeça e pescoço no município. Relatam acreditar que, o tempo de espera para a clínica de cabeça e pescoço ser elevado, justificam que ouvem relatos dos usuários sobre a dificuldade de entrar nos serviços de referência existente no hospital universitário, fato que os desmotiva para o encaminham ao mesmo.

Tal resultado corrobora com estudo<sup>12</sup> que afirma o predomínio de sistemas fragmentados, nas quais se organizam através de um conjunto de pontos isolados de atenção o que resulta na inexistência de comunicação entre estes, não sendo eficientes na prestação de atenção contínua aos usuários.

O estudo revelou a necessidade de uma atuação permanente junto aos profissionais da rede de atenção à saúde para a adequação de fluxos, com o objetivo de aperfeiçoamento, garantindo desta forma por meio de praticas informativas um melhor direcionamento dos pacientes por estes fluxos, para imprimir agilidade na identificação e solução de problemas, corroborando com Cabral et al<sup>6</sup>.

No que se refere ao itinerário terapêutico, ou caminho percorrido pelo usuário, desde os primeiros sintomas até a intervenção cirúrgica, 08 usuários relataram que foram encaminhados do serviço privado diretamente ao hospital público; 04 procuraram atendimento na atenção primária e chegaram a consulta com especialista (dermatologia, clínica cirúrgica de cabeça e pescoço ) via Secretaria Municipal de Saúde; 04 relataram que procuraram a atenção primária, que encaminhou para consulta com especialista via Secretaria Municipal de Saúde, porém devido a demora optaram por procurar atendimento no serviço privado, e que de lá foram encaminhados ao hospital público; 02 usuários relataram procurar a atenção primária, ser encaminhados via Secretaria ao especialista, porém, devido a demora

conseguiram através de contatos pessoais atendimento diretamente no hospital público; 02 usuários relataram procurar atendimento diretamente no hospital público de média e alta complexidade, através de contatos pessoais ou acompanhamentos em outras especialidades; 01 usuário relatou procurar atendimento na atenção primária, ser encaminhado via secretaria municipal de saúde ao especialista, devido a demora buscou atendimento no serviço privado e sem sucesso foi ao pronto atendimento, de onde conseguiu consulta e 01 usuário relatou não procurar outros serviços de saúde apenas o pronto atendimento, conforme tabela 2.

**Tabela 2.** Itinerário terapêutico de usuários com de neoplasia de cabeça e pescoço de Santa Maria. Rio Grande do Sul, 2013.

<b>Itinerário Terapêutico</b>	<b>Usuários</b>	<b>%</b>
Serviço privado – HU	08	36,5
APS - SMS - Especialidade - HU	04	18,2
APS - SMS / Serviço privado – HU	04	18,2
APS - SMS / HU	02	9
HU	02	9
APS - SMS / Serviço privado / PA HU	01	4,55
PA HU	01	4,55
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa

É possível observar que dentre os 22 usuários, 16 entraram no sistema, no serviço terciário por chamadas portas invisíveis, invertendo a lógica da APS como porta de entrada preferencial para o SUS, conforme preconizado.

Conforme Alves e Souza<sup>13</sup>, o itinerário terapêutico percorrido pelo usuário não necessariamente coincide com esquemas ou fluxos pré-determinados, pois são construções subjetivas individuais e coletivas.

Segundo Mechanic e Volkart<sup>14</sup>, pode se comparar essa busca por atenção como integrante de uma lógica de consumo, procurando o indivíduo o tratamento que melhor apresenta custo benefício no seu ponto de vista. Seu entendimento da enfermidade bem como

as formas de tratamento definem qual o setor do sistema de atenção a saúde será acionado.

Os usuários cujo caminho percorrido deu-se via serviço privado relataram conseguir consulta rapidamente, bem como sua continuidade (biópsia, intervenção cirúrgica, entre outros). Alguns relataram conseguir tal encaminhamento facilmente, enquanto outros percorreram por diversos consultórios, de diversos profissionais até chegar ao hospital de alta complexidade.

O tempo de espera variou muito entre os usuários, em geral, usuários encaminhados do setor privado acessaram o serviço e tiveram a intervenção mais precocemente, com reduzido tempo de espera que os usuários que percorreram os fluxos formais ou apenas o serviço público. Alguns usuários relataram tempo de espera de menos de um mês para todo o processo de encaminhamento, diagnóstico e procedimento cirúrgico, enquanto outros relataram esperar mais de um ano e meio.

No que se refere à intervenção cirúrgica, usuários e familiares atribuem a demora principalmente em decorrência dos exames (biópsias, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas), a falta de leitos para a realização do procedimento ou ainda falta de profissionais (médico anestesista).

Outro fator condicionante do tempo de espera para intervenção foi a realização de exames pré-operatórios. Os usuários que chegaram ao serviço com exames realizados no setor privado e com diagnósticos fechados realizaram as intervenções precocemente.

Usuários relatam ter esperado por quase um ano por exames como tomografia computadorizada e ressonância magnética. Quando questionados a que atribuem este tempo de espera, os usuários relatam em consenso que há muita gente esperando pelo mesmo exame, muita fila de espera. No estudo apenas 01 usuário referiu ter acessado o serviço quando acionado judicialmente, solicitando uma vaga para realização de exame, que com a medida foi

disponibilizado para a mesma semana, questionando-se a que se deve o ocorrido.

Foi possível observar a presença de barreiras de acesso organizacional<sup>15</sup>, no discurso dos usuários que procuraram e não obtiveram o encaminhamento, além do tempo de espera decorrido entre marcação, consultas, realização de exames.

Observa-se a demanda por melhorias nos indicadores relacionados ao tempo de espera pela consulta especializada e exames, que se mostraram insatisfatórios, também de acordo com estudo de Reis et al<sup>16</sup>.

Estudo<sup>17</sup> afirma que devido a atuação não efetiva do poder público na organização da assistência à saúde verifica-se a desarticulação da rede pública de serviços entre si, o que contribui para que o hospital organize seu atendimento de forma não referenciada, denominado “porta aberta”.

Verifica-se a ocorrência da chamada porta aberta, não como política do hospital em questão, mas do profissional que recebe os encaminhamentos do setor privado ou via contatos pessoais e opta por atender a demanda do usuário.

O estudo<sup>17</sup> refere que erroneamente o acesso é entendido como competência de ordem técnica, do profissional médico, determinar o ingresso do usuário no serviço, como observado no cenário aqui estudado.

Conforme o Carneiro & Elias<sup>17</sup>, em geral, os equipamentos de nível secundário e terciário da atenção à saúde vinculados ao SUS tem utilizado este modelo de acesso, não sendo uma característica exclusiva deste hospital.

Esta modalidade de organização assistencial contempla a oferta de serviços, atendendo a demanda da população, porém a equidade no acesso é prejudicada, não havendo garantia de atendimento àqueles que necessitam<sup>17</sup>.

Estudos relatam a interferência de fatores subjetivos, econômicos e culturais que diferenciam a forma como os indivíduos utilizam os serviços formais de saúde<sup>18,19</sup>.

Estudo<sup>18</sup> relaciona itinerários terapêuticos e questões econômicas, a forma que desigualdade social e diversidade cultural refletem na busca pelo cuidado. A procura do cuidado esta condicionada pelas atitudes, valores e ideologias quanto pelos perfis das doenças, pelo acesso econômico e pela disponibilidade de tecnologia.

São considerados preditores importantes da utilização dos serviços de saúde fatores socioculturais relacionados à posição socioeconômica, como escolaridade e renda, na medida em que estão relacionados a maior informação e comportamentos mais saudáveis<sup>19</sup>.

Segundo o PNAD<sup>20</sup>, a utilização da AB diminui à medida que o rendimento familiar mensal aumenta. Estudo de Paskulin et al<sup>19</sup>, realizado no Rio Grande do Sul afirma redução na utilização da AB à medida que aumenta a escolaridade. Outras pesquisas<sup>21, 22, 23</sup> demonstraram que classes econômicas mais privilegiadas ou de mais alta escolaridade utilizam mais serviços privados de saúde, enquanto classes menos favorecidas dependem exclusivamente do SUS.

Portanto, já foi demonstrado<sup>24</sup> que os usuários com mais baixo nível socioeconômico tem maior dificuldade em conseguir atendimento, bem como pessoas de classes econômicas mais altas tinham mais acesso a consulta com especialistas.

O que nos leva a crer que os usuários com mais informação e com melhores condições econômicas chegaram precocemente, ferindo o principio da equidade, na medida em que é excludente, não tem acesso aos serviços de saúde usuários abastados economicamente e culturalmente, consolidando o desequilíbrio e injustiças, conforme discute Bermudez<sup>25</sup>.

É possível analisar a efetividade das redes de serviços na garantia do acesso<sup>6</sup>, nota-se que 07 usuários procuraram a AB em busca de encaminhamento para especialista, não sendo este efetivo, visto a demora, procuraram outras formas de ser inseridos no hospital, situação que revela a não garantia do acesso na rede de atenção de saúde de Santa Maria/RS. Apenas 04 usuários tiveram efetividade nos encaminhamentos, sem considerar o tempo de espera, que

variou de acordo com a especialidade.

O estudo revelou que a maioria dos usuários, encaminhados via serviço privado ou encaminhados por meio de serviço público relataram que é difícil entrar nos serviços de média e alta complexidade para o diagnóstico. Entretanto, relatam que, uma vez obtida a entrada nos serviços o tratamento é ágil. Portanto a utilização dos serviços foi mais bem avaliada do que o acesso, o que concorda com outros estudos<sup>16, 26, 27</sup> realizados.

Pacientes e familiares que conseguiram encaminhamento pelas portas invisíveis relataram que se estivessem esperando a SMS chamar para consulta com o especialista (otorrinolaringologista) estariam até hoje na fila de espera, com muita dor e quem sabe nem estivessem vivos.

É importante salientar que os sujeitos da pesquisa são os usuários que acessaram o serviço terciário, realizando intervenção cirúrgica, não se sabe quantos ainda esperam em filas na secretaria municipal de saúde, que por falta de condições ou por acreditar no sistema não procuraram ou não conseguiram acessar o serviço terciário. Fator que também deve ser objeto de investigação para o enfrentamento dessas barreiras culturais aos serviços de saúde<sup>15</sup>.

Em relação à observação realizada junto ao setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, foi possível verificar que os profissionais responsáveis pelo setor, são servidores públicos, de cargo administrativo, sem necessariamente experiência na área da saúde. Ao serem indagados sobre a formação para atuar junto ao setor de regulação referiram não terem tido nenhum tipo de capacitação quanto à gestão e regulação, relataram que o conhecimento que tem adquiriram na prática.

O setor é responsável pela distribuição dos atendimentos e semanalmente a AB envia os encaminhamentos para agendamentos de exames e consultas com especialistas e compete ao setor de regulação da SMS, distribuir as vagas disponíveis entre as unidades da rede de



atenção. Não foram identificadas evidências de priorização dos atendimentos, o acesso ocorre por ordem de chegada, não existem critérios técnicos de risco, são ações meramente burocráticas, conforme relataram os profissionais atuantes no setor.

Quando indagados sobre a lista de espera para atendimento da especialidade de clínica cirúrgica de cabeça e pescoço, foi referido que junto à SMS não há registros de fila de espera. Informam ainda que o hospital disponibiliza um número fixo de vagas mensalmente e que nem todas são utilizadas. O mesmo não é observado em relação ao atendimento ambulatorial da clínica cirúrgica de cabeça e pescoço, que está sempre com sua ocupação total, porque boa parte da demanda que chega a esse serviço não é regulada pela secretaria municipal de saúde, acessa o sistema por portas invisíveis.

Quando indagados sobre a existência de instrumentos de controle de demanda, os profissionais referiram não haver, acreditam que compete ao hospital essa função.

Conforme relatado pelos usuários e profissionais da saúde, médicos e dentistas, a clínica médica da otorrinolaringologia recebe muitas vezes usuários com suspeita de câncer de cabeça e pescoço, por motivos anteriormente descritos. Na SMS para a ORL há uma demanda reprimida de aproximadamente 3000 usuários, segundo registros, estão sendo chamados pacientes com encaminhamentos de 02 anos atrás.

O que levanta a hipótese de muitos usuários estarem aguardando vaga para consulta com a otorrinolaringologia enquanto o câncer de cabeça e pescoço evolui, justificando a realidade que se observa no serviço terciário, pacientes realizando diagnóstico e tratamento tardiamente, em sua maioria com prognóstico desfavorável.

Nota-se a necessidade de revisão dos instrumentos de regulação e acompanhamento da lista de espera, a fim de verificar os casos que poderiam ser encaminhados para outras clínicas, com o objetivo de diminuir a demanda reprimida e o tempo de espera dos usuários.

No setor de regulação não é realizado nenhum tipo de controle quanto à isto, os agendamentos acontecem estritamente de acordo com o que está registrado na guia de encaminhamento. Quando indagados quanto aos encaminhamentos recebidos da AB, referem que muitas vezes vêm incompletos, referem serem os mesmos mal preenchidos, fato que gera muitas vezes encaminhamentos inadequados, sendo o paciente o maior prejudicado, que espera pela consulta/exame.

Como solução não basta revisar a lista de espera da ORL, mas capacitar profissionais da APS para realizarem encaminhamento consciente, efetivo e rápido, garantindo melhores condições ao usuário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A garantia do acesso aos serviços de saúde e a efetivação do controle público não são contempladas na gestão das organizações de saúde do município de Santa Maria/RS, da mesma forma, a simples existência da lei não garante sua realização, pois a implantação de determinada estratégia não necessariamente modifica o processo de trabalho, este, está diretamente relacionado com as ações produzidas pelos profissionais nas diferentes portas de entradas da rede de atenção para garantir a integralidade da atenção.

O estudo realizado nos leva a concluir que na rede de atenção de saúde de Santa Maria em relação a atenção dispensada a usuários com câncer de cabeça e de pescoço predomina um sistemas fragmentado, no qual os serviços de saúde operam a partir de um conjunto de pontos isolados . Como resultado verifica-se a inexistência de comunicação entre os diferentes pontos da rede, os mesmos apresentam baixa resolutividade, não sendo eficiente, fato que nos leva a apontar para a necessidade de constituição de linhas de cuidado. Pois, partindo do pressuposto de que as linhas de cuidado constituem-se em um mecanismo

longitudinal que serve, de orientação ao usuário que perpassa os pontos de atenção, como foco a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário, buscando o fortalecimento do trabalho cuidador.

Os dados obtidos servem como fonte de informação para o monitoramento do desempenho das políticas públicas de saúde, permitindo obter um panorama dos serviços de saúde a população para orientar a gestão para ações nesse sentido.

O estudo apontou para a necessidade de institucionalização de pesquisas avaliativas de serviços de saúde para além da finalidade de produção de conhecimento, para ser utilizada como instrumento de gestão e de atenção junto aos serviços de saúde.

Estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde fornecem importantes subsídios para a escolha de estratégias adequadas que garantam a qualificação da assistência. Estudos voltados na observação e análise do acesso e itinerário terapêutico pode subsidiar processos de gestão e organização dos serviços de saúde e praticas assistenciais integradas.

Sendo necessário o estabelecimento de fluxos e rotinas, a fim de criar linha de cuidado que articule os diversos serviços de diferentes densidades tecnológicas.

## **COLABORADORES**

IC Berger trabalhou na concepção, delineamento, pesquisa, análise, interpretação dos dados e redação do artigo; ARM Martins, BP Lavich e FM Mello trabalharam na concepção, delineamento e pesquisa; TH Weiller e RH Engel trabalharam na concepção, delineamento e revisão crítica.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 31 dez. 2010. Seção I, p. 89.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002
3. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
4. McIntyre D, Mooney G, eds. *The economics of health equity.* New York: Cambridge University; 2007.
5. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):663-674.
6. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16(11): 4433-4442.
7. 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.

8. Campos, J. L. G.; Chagas, J. F. S.; Magna, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com a sobrevida e qualidade de vida. Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço, V. 36, nº 2, p. 65-68, abril/ maio/ junho 2007.

9. Costa, E. G.; Migliorati, C. A. Câncer Bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(3): 283-89.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Bioética 1996; 4 Suppl:15-25.

11. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc. saúde coletiva, 2012; 17(11): 2893-2902.

12. Mendes; E. V. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

13. Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;1999. p. 125-38.

14. Mechanic D, Volkart H. Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review* 1961; 26(1): 51-58.
15. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al . Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(11): 3115-3124.
16. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al . Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(11): 3321-3331.
17. Carneiro JN, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(5): 914-920.
18. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2449-2463.
19. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(6): 2935-2944.
20. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003: acesso e utilização de serviços de saúde. Brasília: IBGE; 2003.
21. Bós A, Bós A. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por

idosos. Rev Saude Publica 2004; 38(1): 113-120.

22. Cesar C, Paschoal S. Uso dos serviços de saúde. In: Lebrão ML, Duarte Y, organizadores. SABE- Saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 225-238.

23. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(5/6):410-418.

24. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Can Med Assoc J. 2006; 174(2): 177-183.

25. Bermudez J. Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo. Cad. Saúde Pública. 2007 Abr; 23(4): 744-745.

26. Ibãñez N, Rocha JSY, Castro PC, Riobeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana AL. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. Cien Saude Colet 2006; 11(3):683-703.

27. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. In: Almeida C, Macinko J. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde; 2006.