



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**

<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Gonçalves, Bruna Franciele da Trindade; Favretto, Camile; Delvivo Farão, Elaine Miguel; Teixeira de Oliveira, Leticia Maria; Arend Birrer, Jucelaine. Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: “Nó crítico” do SUS. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(3).

Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0729.php>



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA  
EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE**

**REGULAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL A PACIENTES COM  
NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO: “NÓ CRÍTICO” DO SUS**

**PROJETO DE PESQUISA**

**Bruna Franciele da Trindade Gonçalves  
Camile Favretto  
Elaine Miguel Delvivo Farão  
Leticia Maria Teixeira de Oliveira**

**Orientador: Enf<sup>a</sup>. Msd<sup>a</sup> Jucelaine Arend Birrer**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012**

**Bruna Franciele da Trindade Gonçalves:** Fonoaudióloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM; graduação.

**Elaine Miguel Delvivo Farão:** Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM; graduação.

**Camile Favretto:** Fisioterapeuta, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM; graduação.

**Letícia Maria Teixeira de Oliveira:** Fisioterapeuta, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM; graduação.

**Jucelaine Arend Birrer: Orientadora-** Enfermeira Especialista em Administração e Gestão Pública pela Universidade Federal de Santa Maria, Especialista em Gestão da Clínica Hospitalar, pela Fundação Dom Cabral e Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, de São Paulo, 2010. Coordenadora da Unidade Cirúrgica do HUSM. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

## **RESUMO**

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.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>7</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>8</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
<b>4.1 Regulação assistencial: princípios, funções e operacionalização...</b>	<b>9</b>
<b>4.2 Rede de atenção à saúde.....</b>	<b>13</b>
<b>4.3 Programação da assistência ao usuário com neoplasias de cabeça e pescoço.....</b>	<b>15</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Local de realização da pesquisa.....</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Unidade de Análise.....</b>	<b>20</b>
<b>5.4 Sistematização da coleta de dados.....</b>	<b>20</b>
<b>5.5 Coleta de dados.....</b>	<b>21</b>
<b>5.6 Análise dos Dados.....</b>	<b>21</b>
<b>5.7 Aspectos Éticos.....</b>	<b>23</b>
<b>5.8 Critérios de Inclusão e Exclusão.....</b>	<b>23</b>
<b>5.9 Riscos e Benefícios.....</b>	<b>24</b>
<b>6 CRONOGRAMA.....</b>	<b>24</b>
<b>7 ORÇAMENTO.....</b>	<b>25</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>26</b>
<b>9 APÊNDICES.....</b>	<b>29</b>
<b>10 ANEXOS .....</b>	<b>33</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

SUS - Sistema Único de Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

PPI - Programação Pactuada e integrada

PNH - Política Nacional de Humanização

RAO - Rede de Atenção Oncológica

CCS - Centro de Ciências da Saúde

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

DEPE - Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## **LISTA DE APÊNDICES**

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA USUÁRIOS DA CLÍNICA DE CABEÇA E PESCOÇO.....30**

**APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO HUSM.....31**

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA UNIDADE BÁSICA DE REFERÊNCIA DO USUÁRIO DA CLÍNICA DE CABEÇA E PESCOÇO.....32**

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....34**

**ANEXO 2- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....36**

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o primeiro ano de vivência no Programa de Residência Multiprofissional, foram desenvolvidas pelas residentes integrantes deste projeto atividades que fazem parte da linha de cuidado da Clínica Cabeça e Pescoço, sendo utilizadas estratégias para efetivação de uma proposta de clínica ampliada.

A partir das experiências vivenciadas foram identificados “nós críticos” que parecem comprometer a integralidade do cuidado em saúde aos usuários portadores de neoplasias de cabeça e pescoço, dentre estes, a regulação do fluxo assistencial.

A regulação no setor saúde é uma ação complexa, e compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o 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.

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, a regulação estará exercendo também a função de assegurar que as necessidades individuais dos usuários em relação à atenção à saúde sejam supridas, viabilizando o princípio da integralidade da assistência.

Diante do exposto e buscando nortear este estudo, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: **Como ocorre o processo da regulação assistencial do paciente portador de neoplasias de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde?**

## 2 JUSTIFICATIVA

O cuidado aos sujeitos acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço é extremamente complexo, gerando um sofrimento ao paciente devido a perda de funções e mutilações, rejeição social e má qualidade de vida (MOSTARDEIRO, 2010). Evidencia-se uma fragmentação do cuidado a esses indivíduos,



predominando abordagens isoladas, em que cada profissional de saúde executa suas ações específicas, desconsiderando a totalidade do sujeito.

Desta forma se fazem necessárias compreensões ampliadas e intervenções intersetoriais, articulando distintos territórios de saberes e práticas, com vistas a contribuir para a melhoria da regulação assistencial.

Acredita-se que este estudo seja relevante para todas as dimensões do cuidar, seja a pesquisa, ensino ou assistência, podendo vir a oferecer subsídios para melhorar a qualidade da assistência em saúde aos usuários portadores de neoplasias de cabeça e pescoço, conseqüentemente melhorar sua qualidade de vida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

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.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1 Identificar a incidência de casos de neoplasia de cabeça e pescoço dos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde;

3.2.2 Analisar como ocorre o acesso (fluxo) do usuário na rede de atenção à saúde;

3.2.3 Identificar qual a compreensão que os profissionais da saúde possuem a cerca da regulação assistencial e a percepção sobre responsabilização nesse processo;

3.2.4 Identificar, a partir dos dados analisados, quais as intervenções práticas poderão ser realizadas nos serviços de saúde envolvidos, com vistas a contribuir para a melhoria da regulação assistencial.

3.3.5 Analisar se as ações e serviços ofertados são organizados em uma perspectiva da integralidade da atenção;

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Regulação assistencial: princípios, funções e operacionalização**

O tema sobre regulação é firmado pela Lei nº 8080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), a qual em seu capítulo IV faz referência sobre a atividade de fiscalização das ações e serviços de saúde pública, de modo que no artigo 15º que fala sobre o âmbito administrativo, é estabelecida como dever da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios definirem 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 de serviços, a organizar os fluxos e a garantir o acesso às referências.

Em relação à questão da gestão, a NOAS (2002) surge para firmar a necessidade de implementar os serviços de fiscalização. A mesma dispõe que a regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que responsabilizem as unidades de trabalho pela regulação das urgências, consultas e leitos, com vistas à disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

Além disso, a NOAS (2002) pressupõe: a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência; b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede; c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a

responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais; d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

A regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial são diretrizes do Pacto pela Saúde do SUS, o qual passa a ser regulamentado através da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2011a). A regulação da atenção à saúde 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 ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

A Portaria n. 1.559 de 01 de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, onde no seu artigo 1º dispõe da 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 e em seu artigo 2º, o qual 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 (BRASIL, 2011a).

Além disso, estabelece que regulação de Sistemas de Saúde seja atribuição dos sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas (BRASIL, 2011a).

A Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial – é caracterizada pelo conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações responsáveis por fazer a intermediação dos serviços de saúde e o acesso aos mesmos, assegurando o atendimento, o interesse e a satisfação do usuário do SUS (BRASIL, 2011b).

Outra alternativa para a implementação da regulação assistencial é a realização da Programação Pactuada e Integrada (PPI), a qual é um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, a fim de garantir o acesso da população aos serviços de saúde, conforme a Portaria 1097, de 22 de maio de 2006. A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2011a).

No seu artigo 5º fica esclarecido que a Regulação do Acesso à Assistência deverá ser efetivada através da disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantia dos princípios da equidade e da integralidade; a fomentação do uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaboração, disseminação e implantação de protocolos de regulação; diagnóstico e orientação sobre os fluxos da assistência; construção e viabilização das grades de referência e contrarreferência; capacitação permanente das equipes que atuarão nas unidades de saúde (BRASIL, 2011a).

Dentre os objetivos da PPI destacam-se: a busca pela equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde e contribuir na organização das redes de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Em decorrência das visíveis barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços, uma das estratégias da regulação assistencial proposta é a elaboração de complexos reguladores, os quais consistem na articulação e integração das Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como a programação e regionalização (BRASIL, 2006a).

A regulação assistencial é uma alternativa importante para assegurar que as necessidades individuais dos usuários em relação à atenção à saúde sejam supridas, sendo notadamente amparada pela legislação através de normas, diretrizes e pactos, entretanto, na literatura há poucos relatos sobre como tal processo ocorre na prática. Além disso, em alguns textos o termo regulação assistencial é utilizado erroneamente como sinônimo de regulação do acesso, haja vista que o primeiro termo abrange uma complexidade maior de dispositivos para ser efetivado, sendo o acesso apenas um deles.

No estudo de Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011), as pesquisadoras discutiram sobre como a regulação assistencial na cidade de Londrina- PR se organiza 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. Foi identificada pela equipe gestora como nó crítico para a produção da integralidade a dificuldade de acesso dos usuários às consultas especializadas e a baixa resolubilidade da atenção básica.

Como estratégia para “desamarrar” os nós críticos 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, sendo compartilhados com os trabalhadores os nós identificados.

Ainda de acordo com Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011), para a construção da regulação do acesso à assistência, foi criado espaço de diálogos entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de atenção, sendo a educação permanente o dispositivo utilizado para resolutividade da atenção. Também, buscou-se ampliar a responsabilização e o vínculo dos profissionais em relação ao cuidado prestado e aos usuários, sendo utilizadas como estratégias a criação e instituição dos protocolos assistenciais, a gestão da clínica e o apoio à rede produzido pela equipe de assessores técnicos.

Desta forma, compreende-se que a função de regulação da assistência vai além da relação com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, mas também atua no incentivo a maior responsabilização dos profissionais de saúde dos diversos níveis de atenção com

vistas a garantir a assistência integral e o suprimento das necessidades individuais dos usuários do SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

## **4.2 Rede de atenção à saúde**

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

Brasil (2009) aponta que a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde, porém para que estes serviços funcionem como os nós de uma rede é preciso mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. A construção da rede integrada de saúde traz questionamentos sobre como estes serviços se relacionam, qual a comunicação estabelecida entre eles, bem como quais modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços.

A PNH (BRASIL, 2004) por meio do princípio da transversalidade utiliza ferramentas e dispositivos para consolidar 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.

Na ampliação da concepção de saúde, o processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores. Brasil (2009) afirma que a partir desta nova concepção foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. A construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença.



**Figura A:** Redes e Território  
**Fonte:** Brasil, 2009 – p.37

A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações acontecem de forma fragmentada ou parcial estando na dependência do gestor municipal ou estadual, o que resulta em sistemas de saúde com capacidades resolutivas diversas, mas não potencialmente exploradas, sendo tal fato uma barreira para o estabelecimento de referências pactuadas (BRASIL, 2006b).

Construir e trabalhar em rede com respeito e acolhimento às diferenças, compor projetos comuns respeitando as singularidades, criar possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde.

A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde, sendo fundamental estar atento não só aos processos de gestão como aos processos de atenção.

No trabalho de Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011), as pesquisadoras acompanharam o processo de regulação assistencial na cidade de Londrina - PR. Dentre os aspectos investigados, foi evidenciado que a articulação em rede somente foi possível através da utilização de instrumentos mais específicos da regulação e da construção das linhas de cuidado, incluindo padronização das solicitações de

procedimentos, protocolos, buscando-se integração e corresponsabilização dos trabalhadores das unidades de saúde nos diferentes pontos da rede.

### **4.3 Programação da assistência ao usuário com neoplasias de cabeça e pescoço**

A PNH considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendendo que a humanização como política deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde (RODRIGUES, 2006).

A PNH propõe-se, como política transversal, a melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS (BRASIL, 2004). Assim, ao atravessar as “diversas ações e instâncias gestoras, implica traduzir os princípios do SUS nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários”.

Brasil (2008) assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.

Ainda segundo Santos Filho (2007), os conceitos e dispositivos da PNH visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais que envolvem trabalhadores e gestores, assim como transformações nas maneiras de produzir e prestar serviços à população.

As diretrizes da PNH são suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a



valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras.

Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinados a promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, equipe transdisciplinar de referência, a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; dentre outros (SANTOS FILHOS, 2007).

Em relação aos princípios norteadores da PNH, destaca-se a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias, a construção de autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos com corresponsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2004).

Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das "linhas de mando", 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.

No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como "clínica ampliada", capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos (BRASIL, 2004).

A humanização, tal como nos indica a PNH, efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói (SANTOS FILHO, BARROS e GOMES, 2009).

### 4.3.1 A implementação da PNH na atenção oncológica

Muitos estudos têm mostrado que as sequelas desenvolvidas após os tratamentos do câncer da cabeça e pescoço referem-se, principalmente, ao comprometimento dos aspectos de alimentação, nutrição, dor e, em grande extensão, problemas psicológicos, sendo que estes últimos são comuns não somente durante o diagnóstico e tratamento, como também após muitos anos (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

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, o que vai ao encontro das diretrizes e estratégias de democratização institucional, instituídas no âmbito da construção do SUS (INCA, 2008). Esta política consolidou a incorporação da PNH na Rede de Atenção Oncológica (RAO), como pode-se observar em seu artigo 2º, parágrafo IX:

“qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização”.

O sucesso no tratamento desses pacientes está associado a um adequado planejamento cirúrgico com assistência pré e pós-operatória eficiente, onde se mostra necessário o atendimento multidisciplinar, já que o planejamento do tratamento do câncer é complexo e por isso, envolve diversos especialistas (INCA, 2008).

Uma atenção especial deve ser dada à integração das equipes, buscando-se a passagem da atenção multiprofissional para a abordagem interprofissional, integrada e aberta à incorporação da experiência dos usuários, tendo como objetivo a superação da fragmentação da atenção e a segmentação entre as ações das diferentes categorias profissionais que, apesar da alta qualidade técnica de suas intervenções, produzem dispersão, duplicidade e descontinuidade no processo de tratamento (INCA, 2008).

Segundo Mendonça *et al.* (2010), para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral, o modelo assistencial deve organizar e articular os

recursos nos diferentes níveis de atenção e as pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. Devem-se acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) na abordagem dos indivíduos e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida. Para tal, as linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades.

É necessário alterar o modelo de atenção em direção à gestão compartilhada da clínica, pela percepção da necessidade da atenção ao cuidador. A gravidade do adoecimento e a alta complexidade do tratamento dos diversos tipos de câncer, assim como o impacto da experiência tanto para os pacientes e seus familiares como para os profissionais envolvidos, coloca claramente a necessidade de cooperação de saberes e disponibilidades, e também a importância de laços solidários entre a equipe e a rede social dos usuários (INCA, 2008).

Para Mendonça *et al.* (2010), a efetividade do tratamento do câncer varia de forma significativa conforme a localização da doença e os fatores sociais, tendo como aspecto fundamental o acesso à melhor terapêutica disponível. Para tal, o SUS vem estruturando respostas aos desafios da organização do tratamento do câncer, levando-se em conta as dimensões e a heterogeneidade do Brasil. Segundo o autor, alguns destes desafios são: integrar a detecção precoce ao tratamento, sem a qual tanto um quanto outro se torna menos efetivo; estruturar a informação hospitalar em câncer em todos os hospitais do SUS que tratam a doença para avaliar os resultados do tratamento em nível nacional; melhorar o acesso ao diagnóstico do câncer (estruturação da média complexidade); adotar estruturas que regulem a Atenção Oncológica na Rede SUS, de modo a facilitar o acesso ao melhor tratamento disponível; garantir que as unidades que tratam doentes com câncer ofereçam serviços integrados, assegurando as condições para a integralidade da assistência.

A responsabilidade e o compromisso da equipe em criar vínculos e estabelecer relações próximas e claras com o sofrimento do outro permite um processo de transferência entre o usuário e o profissional, resultando na construção da autonomia do usuário. Além disso, a atenção oncológica coloca os profissionais em contato estreito com situação de dor, finitude, morte, mutilações e efeitos

colaterais que desencadeiam graves reações físicas e emocionais, desesperança de pacientes e familiares, bem como a expectativa de cura da doença (INCA, 2008).

A implementação da PNH deve incluir em seu plano de ação baseado em metas e indicadores de processo e resultados: a estimulação de pesquisas de pós-graduação, utilizando como referencial a temática da humanização, com foco na Política Nacional de Humanização; a elaboração de projetos de melhoria da ambiência, incluindo paciente, familiar e profissional; a implantação de uma Ouvidoria junto à Direção Geral; a inclusão da humanização da atenção e da gestão nos cursos de formação e projetos de educação permanente em Oncologia; a realização de ações ligadas à saúde do trabalhador (INCA, 2008).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

A presente proposta de pesquisa caracteriza-se como qualitativa, do tipo transversal, exploratória e descritiva.

A pesquisa qualitativa, por sua vez, na perspectiva de Antonello e Godoy (2011), 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 suposições.

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

No que se refere a pesquisas do tipo exploratório, Hair e colaboradores (2005), afirmam que esse tipo de pesquisa caracteriza-se pela busca do esclarecimento e pela modificação de conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores; tendo como direção as percepções, comportamentos e necessidades do

pesquisador (SWADDLING e ZOGEL, 1996) e possibilitando a exploração de problemas do comportamento humano (SAMPIERI *et al.*, 2006).

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

## **5.2 Local de Realização da Pesquisa**

A pesquisa será realizada em serviços públicos de saúde da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), hospital de referência regional; unidades básicas de referência do usuário – e nos domicílios dos usuários elencados na pesquisa.

## **5.3 Unidade de Análise**

Para atender a problemática e objetivo propostos, definiu-se o tema como unidade de análise, a partir da utilização de dez (10) usuários com neoplasia de cabeça e pescoço que tenham sido internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUSM nos últimos dois anos, no período de Janeiro de 2010 a Janeiro de 2012, provenientes de cinco municípios com maior incidência de casos. Assim como, cinco (5) profissionais de saúde da unidade de internação Clínica Cirúrgica – Médico, Médico Residente, Fisioterapeuta, Enfermeiro e Nutricionista; e três (3) profissionais de saúde de cada unidade básica de referência selecionada- Enfermeiro, Médico e Dentista- totalizando quinze (15) profissionais de saúde das unidades básicas. O número total de entrevistados será de 30 indivíduos.

#### **5.4 Sistematização da coleta de dados**

A seguinte pesquisa obedecerá aos seguintes passos para a coleta dos dados:

- Levantamento no Setor de Estatística do HUSM com o propósito de identificar e selecionar os municípios com maior incidência de usuários internados na Unidade de Clínica Cirúrgica desse hospital, na clínica cabeça e pescoço;
- Seleção dos usuários com diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço;
- Consulta dos prontuários dos usuários selecionados;
- Visitas às unidades de referência dos usuários selecionados;
- Visitas domiciliares aos usuários para a aplicação de entrevistas semiestruturadas;
- Visita à Unidade de Clínica Cirúrgica para entrevista dos profissionais incluídos na pesquisa;

#### **5.5 Coleta de dados**

A técnica de coleta de dados proposta para a abordagem qualitativa deste projeto será à entrevista semiestruturada. Para Richardson (2011), essa técnica é adequada quando o principal interesse do pesquisador é conhecer a forma que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana.

As entrevistas semiestruturadas na perspectiva de Godoy (2007) podem contribuir para o aprofundamento de assuntos específicos relacionados à tentativa de compreensão da realidade organizacional e permitir a fluência dos relatos dos entrevistados. Ao mesmo tempo, oferece um caminho que norteia o foco do estudo, com questões abertas e de baixa estruturação, mas que permitem um nível mínimo de homogeneização na coleta de informações entre os sujeitos.

Para a realização das entrevistas, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas, criou-se um roteiro de entrevistas para os usuários (APÊNDICE A), profissionais da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUSM (APÊNDICE B) e, profissionais de referência da rede básica dos municípios elencados (APÊNDICE C).

## 5.6 Análise dos Dados

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas será utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Essa técnica de análise tem como objetivo compreender criticamente o sentido das expressões, seus conteúdos e significações explícitas ou ocultas. Para Minayo (2006), a técnica de análise de conteúdo busca compreender o funcionamento, a organização e o modo de expressão social de cada indivíduo, visto que a linguagem representa o pensamento.

De acordo com Godoy (1995), embora haja passos predeterminados para análise do conteúdo, podem ocorrer variações decorrentes da abordagem do pesquisador. Na visão a autora, as unidades de análise podem variar sendo que alguns escolhem as palavras, outros optam pelas sentenças, parágrafos e, até mesmo, o texto. Sendo assim, para o presente trabalho, escolheu-se como unidade de análise o tema, que pode ser um conjunto de palavras ou um parágrafo (LUNA, 2002).

Definida a unidade de análise, passa-se, então, para a definição das técnicas de análise de conteúdo a serem adotadas em uma pesquisa qualitativa. Para Bardin (2011, p.40), a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Segundo Luna (2002), a análise de conteúdo na maioria dos casos, necessita de constantes idas e vindas da teoria ao material de análise e vice e versa.

Assim, para esta proposta de pesquisa, análise dos dados coletados será feita por meio da técnica de análise de conteúdo com ênfase em análise categorial e de enunciação. A definição das categorias de análise pode ser feita de duas maneiras, a priori (categorias definidas previamente com base em quadros de referência adotados, oriundos da teoria); e, não a priori, onde as categorias de análise são definidas com base nos relatos dos entrevistados.

Para este estudo pretende-se utilizar categorias de análise não a priori, as quais vão sendo criadas na medida em que se constatam, no relato dos entrevistados, similitudes em suas falas que possam caracterizar certa similaridade,

especificamente sobre um determinado aspecto de interesse da pesquisa (LINCOLN E GUBA, 1985; LAVILLE E DIONNE, 1999).

## **5.7 Aspectos Éticos**

O presente projeto está vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que após sua aprovação oficializada será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) contemplando as normas técnicas que identificam um projeto, assim como a identificação dos pesquisadores e orientador. Além desta documentação, segue o Termo de Consentimento (ANEXOS 1- 2 E 3) e o Termo de Confidencialidade (ANEXO 4) conforme Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 196/96, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, devidamente assinados, pelos integrantes do projeto de pesquisa (BRASIL, 1996).

Os pesquisadores se comprometem em iniciar a coleta dos dados somente após a aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética.

Será apresentado pelos pesquisadores o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual será lido junto com os sujeitos da pesquisa e, caso aceitem, será solicitado a assinarem o referido termo em duas vias, ficando o entrevistado com a posse de uma delas e a outra será arquivada pela orientadora na sala de Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, anexo ao CCS, prédio de número 26, no período de cinco (5) anos e, após esse prazo serão destruídas. O TCLE informará sobre o estudo e a concordância dos entrevistados em colaborar voluntariamente.

A autorização para visita as unidades básicas de saúde que tem como referência hospitalar o HUSM, a serem selecionadas, emergirão após levantamento no setor de estatística- primeiro objetivo a ser atingido- salienta-se que, por meio da Coordenadora Adjunta Flávia da Silva Costa, a 4ª CRS é responsável pelos municípios da área de abrangência do HUSM.

Além destes aspectos, em todo o processo de pesquisa serão observados os princípios bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, sendo aplicados aos sujeitos significativos desta pesquisa, a saber: o da autonomia, da beneficência, da não maleficência e o da justiça.



## **5.8 Critérios de Inclusão e Exclusão**

### **5.8.1 Inclusão**

Serão incluídos os sujeitos que aceitarem participar da pesquisa voluntariamente, maiores de dezoito (18) anos, não possuírem nenhum prejuízo da capacidade cognitiva comportamental.

A) Usuários – da clínica cabeça e pescoço que foram internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUSM, nos dois últimos anos. Caso estes usuários não consigam se comunicar verbalmente será entrevistado o cuidador, que deverá atender os critérios gerais de inclusão. Esse usuário poderá expressar seus sentimentos por meio da comunicação não verbal, o qual será registrado no Diário de Campo pelos pesquisadores.

B) Profissionais – de nível superior de formação vinculados a unidade de internação cirúrgica do HUSM; e profissionais das unidades básicas de referência dos municípios elencados.

### **5.8.2 Exclusão**

Usuários e profissionais que não atenderem aos critérios de inclusão ou que não aceitarem participar de forma livre e espontânea da pesquisa.

## **5.9 Riscos e Benefícios**

**Riscos:** A entrevista não representará qualquer risco de ordem física. Quanto aos aspectos psicológicos, caso os entrevistados apresentem desconforto emocional, os pesquisadores comprometem-se em encaminhá-lo para um serviço especializado.

**Benefícios:** colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde, a partir dos “nós críticos” encontrados, contribuindo para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

## 6 CRONOGRAMA

A fim de atingir os objetivos deste estudo, foi construído um cronograma delimitando as possíveis datas para execução desta proposta de pesquisa.

Atividades/ Período	2011		2012												2013		
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
Elaboração do Projeto																	
Revisão Bibliográfica																	
Submissão na DEPE/HUSM																	
Submissão no CEP/UFSM																	
Coleta de Dados																	
Análise dos Dados																	
Construção do Artigo																	
Apresentação do Artigo																	
Encaminhar relatório CEP e DEPE																	
Publicação dos Resultados																	

Tabela 1: Cronograma das Atividades

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores

## 7 ORÇAMENTO

Para a realização desta pesquisa serão utilizados os materiais descritos no quadro a seguir. Cabe ressaltar que todo o material utilizado será custeado pelos autores do projeto de pesquisa.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Caneta esferográfica	3	R\$ 2,00	R\$ 6,00
Pastas	2	R\$ 4,00	R\$ 8,00
Folhas A4 (pacote com 500 folhas)	04 pacotes	R\$ 20,00	R\$ 80,00
Cartucho/tinta impressora HP preto	2	R\$ 30,00	R\$ 60,00
Pen drive	1	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Impressora Multifuncional a laser	1	R\$ 120,00	R\$ 120,00
Inscrição em Eventos	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00

<b>Traduções de resumos para publicações</b>	4	R\$ 50,00	R\$ 200,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 654,00</b>

**Tabela 2:** Orçamento para realização da pesquisa

**Fonte:** Elaborado pelos pesquisadores

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MOSTARDEIRO, S. C. T. S. **O cuidado em situações de alteração da imagem facial: implicações na formação da enfermeira**. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2010.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011a).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, 2002.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011b).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
11. RODRIGUES, M. L. et al. **Contextualizando a política nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário**. Boletim da saúde | Porto Alegre | volume 20 | número 2 | jul./dez. 2006.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
13. SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde – PNHS: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.4, p.999-1010, 2007.
14. SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic. Saude Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=332](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332)>. Acesso em: 21 jul. 2008.
16. ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. **Aprendizagem organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.
17. HAIR, J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
18. SWADDLING, J. D.; ZOBEL, M. W. Beating the Odds. **Marketing Management**, v. 4, p. 20-34, 1996.
19. SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da Pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
20. RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
21. GODOY, A. S. Entendendo a pesquisa científica. In: HANASHIRO, D. M. M. R.; TEIXEIRA, M. L. M.; ZACCARELLI, L. M. (Org.). **Gestão do fator humano: uma visão baseada em stakeholders**. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 359-79.
22. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
23. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
24. GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35, n. 3, p. 20-9, 1995.
25. LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa: uma introdução, elementos para uma análise metodológica**. São Paulo: EDUC, 2002.
26. LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic inquiry**. Londres: Sage, 1985.
27. LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

## **APÊNDICES**



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



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

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

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

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

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

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

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

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

Como você descobriu que estava doente?

Quem lhe informou o diagnóstico?

Comente como você conseguiu chegar à internação do HUSM?

Você lembra que exames foram realizados?

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

Quanto tempo permaneceu internado?

Como você se sentiu internado no hospital?

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

Que tipo de orientação? Lembra quem que orientou você?

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

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

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

Como você foi atendido?

Como se sentiu?

Como foi o retorno às atividades do dia a dia?



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



**APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA  
UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO HUSM**

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

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta unidade: \_\_\_\_\_

Na sua unidade de atuação você costuma assistir pacientes da clínica cabeça e pescoço?

Como você se sente prestando assistência aos usuários desta clínica?

Você se sente preparada para assistir esses pacientes?

Você costuma participar de alguma prática na sua unidade, que esteja relacionada ao paciente de cabeça e pescoço?

Você realiza alguma orientação pré-operatória a estes pacientes?

Que tipo de orientações?

E como você percebe que este paciente recebe essas orientações?

Comente algo que você considere importante em relação a melhorar a condução dos casos de pacientes da clínica de cabeça e pescoço.





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



**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA  
UNIDADE BÁSICA DE REFERÊNCIA DO USUÁRIO DA CLÍNICA DE CABEÇA E  
PESCOÇO**

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

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Unidade de Atuação: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta unidade: \_\_\_\_\_

Comente qual (is) público (s) que são atendidos nesta unidade.

Você conhece usuários com problemas relacionados a clínica cabeça e pescoço que buscam atendimento nesta unidade?

Que experiência profissional você tem relacionada ao cuidado dos usuários com neoplasias de cabeça e pescoço?

Como você se sente prestando assistência a esse usuário?

Você alguma vez, na sua profissão fez algum “curso” para saber quais cuidados são importantes a este tipo de usuário e, que devem ser repassados no momento que ele busca o atendimento na unidade de saúde?

Como que este usuário chega até a sua de saúde?

Como ocorre o processo de referência e contrarreferência?

Quais as estratégias adotadas pela equipe para reinserção social deste usuário?

**ANEXOS**

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

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

Prezado(a) Sr (a):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL**

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

Prezado(a) Sr (a):

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

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

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

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário proposto pelos pesquisadores, o qual abordará informações sobre como ocorre é o processo de assistência ao usuário portador de agravos de cabeça e pescoço na unidade de internação, bem como a percepção do profissional quanto a linha de cuidado.

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

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

**ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE REFERÊNCIA**

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

Prezado(a) Sr (a):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

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



## ANEXO 4- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

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

**Pesquisador responsável:** Jucelaine Arend Birrer

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

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

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

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

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

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

Santa Maria, de Outubro de 2012.

---

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

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** REGULAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL A PACIENTES COM NEOPLASIA DE CABEÇA E  
PESCOÇO: "NÓ CRÍTICO" DO SUS.

**Área Temática:**

Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 3

**CAAE:** 06493312.3.0000.5346

**Pesquisador:** Jucelaine Arend Birrer

**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

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)