

Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA

Interdisciplinarity and Integrality: the Approach of Social Worker and Nurses in INCA

La interdisciplinarietà e Integralidad: el Enfoque del Trabajador Social y del Enfermero en INCA

Luciana da Silva Alcantara¹; Ana Celina Alves Muniz de Oliveira²; Maria Teresa dos Santos Guedes³; Maria Cristina Marques dos Santos⁴; Durval Raimundo Diniz⁵; Enedina Soares⁶

Resumo

Introdução: Com base na filosofia de Clínica Ampliada, os assistentes sociais e a equipe de Enfermagem do ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço desenvolvem atividades conjuntas, sistematizando informações e ações que se complementam, visando à integralidade no atendimento aos pacientes com neoplasias de laringe. **Objetivos:** Demonstrar a importância da concepção de Clínica Ampliada no processo saúde-doença, a partir da experiência do assistente social e da Enfermagem com esses pacientes; analisar as ações que viabilizem acesso dos usuários à assistência de saúde e aos direitos sociais, previdenciários e trabalhistas; e descrever o resultado das intervenções realizadas. **Método:** Estudo seccional utilizando dados secundários de portadores de neoplasia laríngea, com análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Analisaram-se 153 casos, a maioria masculina, idade entre 46 e 65 anos, brancos, casados, educação fundamental, moradores fora do Rio, tabagistas, etilistas, estágio avançado, tratados com radioterapia exclusiva ou cirurgia com radioterapia, maioria de provedores da família, com vínculo previdenciário autônomo e renda familiar até dois salários mínimos. Ações de Enfermagem totalizaram 19.455. Idade e irradiação foram significativas para os cuidados. **Conclusão:** Demonstrou-se a importância da Clínica Ampliada para produção do cuidado integral centrada nos clientes, exercendo a interdisciplinaridade um papel fundamental no acionamento de estratégias para lidar com os efeitos causados pela doença.

Palavras-chave: Serviço Social; Enfermagem Oncológica; Assistência Ambulatorial; Neoplasias Laríngeas; Integralidade em Saúde; Relações Interprofissionais

¹ Assistente Social do Hospital do Câncer I (HC I) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). *E-mail:* lalcantara@inca.gov.br.

² Assistente Social do HCI/INCA. Especialista em Oncologia pelo INCA. *E-mail:* smdo@oi.com.br.

³ Coordenadora de Enfermagem do Banco Nacional de Tumores e DNA do INCA. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). *E-mail:* teresaguedes@inca.gov.br.

⁴ Enfermeira. Coordenadora da Pesquisa em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HC I/INCA. Mestranda em Enfermagem pela UNIRIO. *E-mail:* maria.cristina@inca.gov.br.

⁵ Enfermeiro da Terapia Intensiva da Clínica São Vicente da Gávea. Mestrando em Enfermagem pela UNIRIO. *E-mail:* durvaldiniz@bol.com.br.

⁶ Professora e Orientadora do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela UNIRIO. *E-mail:* soaresene@ig.com.br.

Endereço para correspondência: Luciana da Silva Alcantara. Chefa do Serviço Social do HC I/INCA. Praça da Cruz Vermelha, 23 - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20.230-130. *E-mail:* lalcantara@inca.gov.br.

INTRODUÇÃO

Por meio da vivência profissional no Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no ambulatório Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, percebe-se a complexidade do atendimento a pacientes acometidos por neoplasia de laringe, os quais podem desenvolver comprometimento de funções corporais essenciais, como a respiração, a deglutição e a fonação. Além disso, tanto a doença como o tratamento são visíveis na face e no pescoço e, portanto, perceptíveis para outras pessoas. Assim, um acometimento à saúde, que já guarda em si estigmas e preconceitos, se soma a fatores que interferem negativamente na imagem corporal, sem chance de camuflagem para atenuação, o que intervém na interação social de seus portadores¹.

Isso demonstra a importância de uma assistência que contemple aspectos relacionados à dificuldade ou impossibilidade para se comunicar verbalmente, alterações significativas da imagem corporal e problemas sociofamiliares advindos de um dos principais fatores de risco para câncer de laringe: o etilismo².

O câncer é, atualmente, uma das principais causas de morte no mundo e, no Brasil, estima-se que ocorrerão aproximadamente 576 mil novos casos de câncer em 2014; destes, 5.050 casos novos de leucemia em homens e 4.320 em mulheres, valores que correspondem a um risco estimado de 5,20 casos novos para cada 100 mil homens e 4,24 para cada 100 mil mulheres². No contexto brasileiro, quanto à prevenção e ao controle do câncer, o INCA desenvolve ações, campanhas e programas em âmbito nacional, em consonância com a Portaria GM/MS 874, de 16/5/2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Essa portaria considera a diversidade regional e reconhece a integralidade como diretriz para organização da linha de cuidados em atenção oncológica, a fim de garantir condições de acesso aos cuidados em oncologia e diagnóstico precoce na rede básica de saúde.

Como proposta de reforço da atenção integral à saúde, foi lançada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, sugerindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), construindo, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde, como a filosofia de Clínica Ampliada, em que o cuidado em saúde não se trata apenas de um nível de atenção do

sistema de saúde, mas corresponde a uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o *direito de ser*^{4,5}.

Contudo, o fato de existirem legislações e documentos que defendam o direito do usuário ao atendimento humanizado não assegura que tal princípio se efetive na rotina dos serviços de saúde. Parte-se da concepção de que o diagnóstico de uma doença como o câncer provoca transformações importantes na vida das pessoas, com implicações sociais, emocionais e físicas, além de agravar dificuldades como falta de recursos e de vínculos familiares, situações potencialmente geradoras de conflito. Por outro lado, permite ao paciente e à sua família o acionamento de estratégias para lidar com os efeitos causados pela doença e seu tratamento⁶.

Por ser uma doença que pressupõe tratamento de longa duração, os profissionais do INCA atuam na identificação das condições de vida e dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença para, a partir daí, mobilizar os usuários e a família no sentido do referenciamento aos recursos internos e externos à unidade de saúde. Considerando a atuação do assistente social e do profissional de Enfermagem, especificamente no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, é importante frisar a existência de um trabalho conjunto recíproco, que permite a troca de conhecimentos dentro de cada esfera de atuação, sistematizando informações e ações que se complementam.

Assim, foi desenvolvido este estudo objetivando demonstrar a importância da concepção de Clínica Ampliada no processo saúde-doença, a partir da experiência do assistente social e da Enfermagem com esses pacientes; analisar as ações de atendimento que viabilizem acesso dos usuários à assistência de saúde e aos direitos sociais, previdenciários e trabalhistas; e descrever o resultado das intervenções realizadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo seccional, aprovado pelo parecer consubstanciado nº 314.937 do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (projeto CAAE nº 17952413.4.0000.5274 na Plataforma Brasil), realizado por meio da análise de dados secundários dos prontuários de portadores de câncer de laringe, matriculados no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA no período de 1 de março de 2012 a 23 de maio de 2013.

Numa planilha do Epi Info™ 7, software de domínio público do *Centers for Disease Control and Prevention*, foram incluídos os dados dos clientes com idade igual ou superior a 18 anos e que receberam

atendimento pela equipe de Enfermagem e pela assistente social do ambulatório da seção supracitada. As variáveis coletadas foram sexo, idade, naturalidade, cor, estado civil, escolaridade, município de domicílio, tabagismo, etilismo, estágio TNM segundo a 7ª edição da *Union for International Cancer Control-American Joint Committee on Cancer* (UICC-AJCC)⁷ na primeira consulta médica pós-matrícula, procedimentos de Enfermagem realizados, situação habitacional, situação trabalhista, previdenciária e/ou assistencial, ocupação, renda familiar participativa, renda mensal familiar e condição de provedor da família. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial por meio de frequência absoluta, frequência percentual (%), média aritmética simples (Média), mediana (Me), desvio-padrão (s) e associações pelos testes de Kruskal Wallis (H) e do qui-quadrado (X²).

RESULTADOS

No período escolhido para o estudo, foram matriculados no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço 153 pacientes com tumores de laringe com diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide. Destes, a maioria foi do sexo masculino (n=134, 88%) e com idade variando entre 46 a 65 anos (n=99, 64,7%). A maior parte era casada ou afirmou união consensual (n=87, 57%). Cor branca foi registrada para 93 pacientes (61%). Quanto à moradia, pouco mais da metade reside fora da cidade do Rio de Janeiro-Capital (n=79, 52%). O nível de escolaridade mais frequente foi o Ensino Fundamental (n=107, 70%). Entre os participantes do estudo, tabagismo (94,77%) e etilismo (84,31) foram citados com maior frequência. Quanto ao estadiamento TNM, a maioria foi classificada em E III (37,9%) e E IV (27,45%). Os tratamentos mais frequentes foram radioterapia exclusiva (36,6%) e combinação de cirurgia e radioterapia (30,72%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Quanto ao quantitativo de consultas de Enfermagem, cada cliente foi consultado no mínimo seis vezes e no máximo 37 vezes. Foram realizadas em média 12,61 consultas (ME=11, S=6,12) para cada cliente, o que representa um total de 1.930 consultas de Enfermagem.

O levantamento das ações técnicas realizadas pela Enfermagem identificou como procedimentos técnicos mais frequentes aqueles relacionados às áreas de exposição tumoral na região cervical, traqueostomia de urgência para viabilização de via aérea, traqueostomia definitiva ou ferida operatória (FO) como treinamento para manutenção de curativo no domicílio, tricotomia da face e da região cervical, aspiração endotraqueal e orofaríngea, debridamento instrumental, retirada de pontos de feridas operatórias e de traqueostomia.

Tabela 1. Características dos portadores de câncer de laringe participantes da amostra - período de 1 de março de 2012 a 23 de maio de 2013

Características	N	%
Sexo		
Masculino	134	87,58
Feminino	19	12,41
Faixa etária		
18 a 45 anos	3	1,96
46 a 65 anos	99	64,7
66 anos ou mais	51	33,33
Cor		
Branca/pele clara/clara	93	60,78
Parda/morena/mulata/mestiça	42	27,45
Preta/negra/africana/escuro	18	11,76
Município de domicílio		
Rio de Janeiro - Capital	74	48,36
Municípios fora do Rio de Janeiro - Capital	79	51,63
Estado civil		
Casado/união consensual	87	56,86
Separado/divorciado	18	11,76
Solteiro	31	20,26
Viúvo	17	11,11
Escolaridade		
Analfabeto/alfabetização de adultos	14	9,15
Ensino fundamental completo ou incompleto	107	69,93
Ensino médio completo ou incompleto	22	14,37
Ensino superior completo ou incompleto	10	6,53
Tabagismo		
Sim	145	94,77
Não	8	5,22
Etilismo		
Sim	129	84,31
Não	24	15,68
Estadiamento TNM		
<i>In situ</i>	02	1,30
E1	31	20,26
E2	20	13,07
E3	58	37,90
E4	42	27,45
Tratamento oncológico realizado		
Cirurgia	24	15,68
Cirurgia + radioterapia	47	30,72
Radioterapia	56	36,60
Radioterapia + quimioterapia	17	11,11
Nenhum tratamento	09	5,89
Total	153	100

O total de ações técnicas executadas foi de 19.455, sendo realizados um mínimo de 63 e um máximo de 368 procedimentos de enfermagem, o que resultou em média de 127,15 (ME=111; S=60,83). Os resultados mostraram

que 60,8% da amostra (N=93) ficaram em uma faixa que variou de 101 a 368 procedimentos executados. Já 39,2% dos clientes (N=60) ficaram em uma faixa de 0 a 100 procedimentos realizados.

Os procedimentos relacionados especificamente com a técnica de curativo cirúrgico foram identificados, contados como uma unidade e denominados de "procedimentos técnicos relacionados ao curativo" (PTRC). O conjunto de PTRC incluiu (1) limpeza da cavidade bucal; (2) limpeza do traqueostoma e da região cervical; (3) aplicação de coberturas ou de medicamentos tópicos para promoção da cicatrização; (4) colocação de gaze estéril sobre a FO; (5) troca de cânula endotraqueal; (6) aplicação e fixação de bandagem de crepom com suave compressão, conforme a Tabela 2.

O total de ações técnicas de enfermagem (n=19.455) foi comparado em relação às variáveis de atributo, que, neste estudo, foram: sexo, faixa etária, estágio tumoral e irradiação antes da cirurgia. Aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (H) para avaliar sua significância. Verificou-se que foi significativo em relação à faixa etária (H=16,34; p=0,000) e à irradiação pré-operatória (H=23,25; p=0,000). Sexo (H=0,04; p=0,837) e estágio tumoral (H=0,34; p=0,560) não mostraram ser significativos.

Ainda, para verificar existência ou não de uma relação entre as variáveis de atributo e os procedimentos técnicos, foi aplicado o teste qui-quadrado (X^2), cujos resultados foram novamente significativos para faixa etária (H=12,39; p=0,000) e irradiação pré-operatória (H=5,21; p=0,022), e não significativos para sexo (H=0,94; p=0,333) e estágio tumoral (H=0,03; p=0,874).

As ações educativas identificadas foram aquelas relacionadas com o traqueostoma (n=841; média=5,50; Me=5; S=3,07), sonda gástrica (n=308; média=2,01; Me=2; S=0,87), higiene bucal (n=237; média=1,55; Me=1; S=0,98) e com o curativo (n=835; média=5,46; Me=5; S=2,80). Representaram um total de 2.221 treinamentos práticos e uma média de 14,52 realizados

por cliente. Foram prestados um mínimo de seis e um máximo de 37 treinamentos educativos (S=5,93), o que resulta em mediana de 13.

O total de ações educativas desenvolvidas pela enfermagem (n=2.221) foi, também, comparado em relação às variáveis de atributo pelo teste de Kruskal-Wallis. Verificou-se, novamente, que foi significativo em relação à faixa etária (H 13,23; p=0,000) e à irradiação pré-operatória (H=17,12; p=0,000). Estágio tumoral (H=1,77; p=0,182) e sexo (H=1,76; p=0,183) não afetaram significativamente as ações educativas desenvolvidas. Nesse tipo de ação da Enfermagem, constatou-se que o grupo de indivíduos mais idosos e irradiados antes da cirurgia necessita de mais atenção e cuidado.

As ações interdisciplinares, identificadas pelos encaminhamentos feitos pelo enfermeiro, representam um total de 228, destacando-se a demanda pelo atendimento do assistente social, com 29,82% dos encaminhamentos, o psicólogo (24,12%) e o fisioterapeuta (21,05%). Quanto aos clientes encaminhados ao médico cirurgião, foram compilados apenas os encaminhamentos feitos para consultas não agendadas (consultas extras) com esse profissional (20,18%), que se relacionaram às complicações infecciosas no pós-operatório tardio.

Dos 153 pacientes avaliados, 122 deles foram atendidos no setor de Serviço Social, de modo que o público restante (n=31) foi incluído como "não informado" na análise específica do Serviço Social (Tabelas 3 e 4).

Considerando-se a elevada demanda dos usuários pelo atendimento do assistente social, é importante destacar que a atuação desse profissional e do enfermeiro junto à equipe de saúde tem muito a contribuir para a necessária reflexão sobre as formas de acesso aos direitos, proporcionando entendimento acerca dos mesmos na sociedade contemporânea e seus reflexos na vida dos sujeitos. Para isso, foram avaliadas as características socioeconômicas dos usuários (Tabela 3) e a ocorrência de orientação previdenciária e o prosseguimento dessa orientação (Tabela 4).

Tabela 2. Distribuição dos procedimentos técnicos realizados pelos profissionais de Enfermagem - período de 1 de março de 2012 a 23 de maio de 2013

Discriminação	Média	Me	S	Mínimo	Máximo	Total
Treinamento para curativo	2,31	2	0,59	2	4	354
Tricotomia	6,14	5,0	3,62	1	19	939
Aspiração endotraqueal e de orofaringe	2,82	2	1,65	1	11	431
Desbridamento instrumental	1,67	1	0,84	1	4	50
Retirada de pontos	2,1	2	0,32	2	4	321
PTRC	113,47	99	55,1	54	333	17.360
Total de procedimentos						19.455

PTRC: Procedimentos técnicos relacionados ao curativo; Me: Mediana; S: Desvio-padrão

Tabela 3. Características socioeconômicas dos participantes da amostra - período de 1 de março de 2012 a 23 de maio de 2013

Características	N	%
Características habitacionais		
Própria	102	66,7
Alugada	10	6,5
Cedida	6	3,9
Agregada	1	0,7
Financiada	1	0,7
ILP	1	0,7
Área de risco	1	0,7
Não informado	31	20,3
Situação Trabalhista		
Ausente	29	19
Aposentado	5	3,3
Aposentado por invalidez	4	2,6
Em auxílio-doença	14	9,2
Aguardando decisão do INSS	6	3,9
Pensionista	5	3,3
Em atividade	48	31,4
Bolsa Família	3	2
BPC	8	5,2
Não informado	31	20,3
Ocupação		
Nunca trabalhou	23	15
Celetista	13	8,5
Autônomo	45	29,4
Servidor público	1	0,7
Militar	2	1,3
Informal	36	23,5
Não informado	33	21,6
Tipo de ocupação		
Pedreiro	29	19
Cozinheira	12	7,8
Advogado	3	2
Auxiliar de serviços gerais	25	16,3
Cabeleireira	6	3,9
Corretor	2	1,3
Assistente administrativo	6	3,9
Doméstica	16	10,5
Não informado	54	35,3
Renda familiar participativa		
Sim	85	55,6
Não	33	21,6
Não informado	35	22,9
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	42	27,5
+ de 1 até 2 salários mínimos	46	31,5
+ de 2 até 5 salários mínimos	12	7,8
+ de 5 salários mínimos	7	4,6
Não informado	46	30,1
Provedor da família		
Sim	79	51,6
Não	39	25,5
Não informado	35	22,9
Total	153	100

IPL: Instituição de longa permanência; BPC: Benefício de prestação continuada.

Tabela 4. Distribuição segundo a ocorrência de orientação previdenciária e do prosseguimento dessa orientação entre os participantes da amostra - período de 1 de março de 2012 a 23 de maio de 2013

Características	N	%
Orientação previdenciária		
Sim	99	64,3
Não	21	13,7
Não informado	33	21,6
Prosseguimento da orientação previdenciária		
Sim	100	65,4
Não	15	9,8
Não informado	38	24,8
Total	153	100

No que se refere à condição socioeconômica dos pacientes, verifica-se que a maioria deles possui residência própria (n=102; 66,7%), encontra-se em atividade laborativa (n=48; 31,4%) e possui vínculo autônomo com a Previdência Social (n=45; 29,4%). Entre os tipos de ocupação, apesar de 54 prontuários (35,3%) não terem informação registrada, prevaleceram as profissões de pedreiro (n=29; 19%) e auxiliar de serviços gerais (n=25; 16,3%). A maioria conta com renda familiar participativa (n=85; 55,6%), em valor superior a um salário mínimo e até dois salários mínimos (n=46; 31,5%), enquadrando-se no perfil de provedor da família (n=79; 51,6%).

Considerando a ocorrência de orientação previdenciária, observou-se entre os portadores de câncer de laringe que a maioria informou ter esse tipo de orientação (n=99; 64,3%) e deu prosseguimento à mesma (n=100; 65,4%). Para o propósito do presente estudo, consideraram-se, como prosseguimento da orientação previdenciária, os atendimentos subsequentes registrados em prontuário que identificaram a continuidade dessa orientação.

DISCUSSÃO

A condição de saúde do trabalhador não está separada da dinâmica social e histórica do trabalho; envolve o coletivo de trabalhadores, que vivenciam hoje as mazelas de um contexto marcado pela precarização das condições de trabalho, aumento da informalidade, flexibilização das relações trabalhistas e consequente restrição de direitos. Como não poderia ser diferente, tal quadro caótico de restrição de direitos é acentuado pela doença, que passa a interferir na vida social, na organização familiar e, sobretudo, nas condições de sobrevivência, limitando ainda mais o acesso aos serviços e à satisfação das necessidades básicas^{8,9}.

A reflexão sobre os impactos da questão social no decorrer do tratamento é um movimento necessário

ao profissional de saúde. Sua contribuição no processo de atenção assume diferentes contornos sobre os determinantes sociais que condicionam o acesso e a continuidade do tratamento, o que requer conhecimento e uma leitura qualificada das informações a serem transmitidas.

Buscou-se, por meio deste estudo, demonstrar que o processo de adoecimento requer dos profissionais o desenvolvimento de ações integradas de atendimento, prevenção e promoção da saúde. A partir da perspectiva da integralidade e do cuidado em saúde, procurou-se obter retorno do que foi orientado e ressaltar a importância da concepção de Clínica Ampliada⁴, enquanto proposta interdisciplinar voltada ao desenvolvimento de projeto terapêutico que vise não apenas à produção de saúde, mas também à autonomia dos sujeitos no processo saúde-doença.

Em relação aos resultados, observou-se que a ocorrência do sexo masculino foi mais frequente do que o feminino, o que condiz com o encontrado em diferentes estudos epidemiológicos. A faixa etária também está em consonância com o perfil do portador de câncer de laringe. Tabagismo e ingestão de álcool são os fatores de risco mais importantes para o câncer de laringe e exposição a esses fatores parece ter um efeito sinérgico. Assim como em outros estudos, a cor branca foi atribuída à maioria dos clientes^{8,10}.

Quanto ao estadiamento, de acordo com o sistema TNM⁷, a maioria dos clientes matriculados já apresentava doença avançada, em estágios III e IV, implicando em tratamentos combinados, de custo mais elevado, como a cirurgia após radioterapia ou paliativos. Isso pode se explicar pela baixa cobertura de assistência médica e odontológica em todo o estado e a dificuldade de acesso a tratamentos especializados como a radioterapia e cirurgia de cabeça e pescoço^{10,11}.

A Portaria 874/2013 reconhece a integralidade como diretriz para organização da linha de cuidados em atenção oncológica, tendo como premissas a hierarquização e a regionalização dos serviços em todas as unidades federadas, com vistas a garantir condições igualitárias de acesso da população aos cuidados em oncologia e ao diagnóstico precoce na atenção básica. O acesso aos serviços de atenção básica no Brasil, entretanto, ainda apresenta sérias limitações. As desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade da atenção em saúde representam para os usuários do sistema, em muitos casos, a impossibilidade do acesso ao diagnóstico precoce e a chance de realizar um tratamento curativo³.

A alta média de ações técnicas realizadas para cada cliente (média=127,15) demonstra que essa clientela demanda cuidados intensivos da equipe de Enfermagem. A

irradiação pré-operatória e a idade avançada foram fatores que aumentaram a demanda de cuidados, o que parece ter influenciado a média de ações e o quantitativo de consultas de Enfermagem. Radioterapia pré-operatória e idade avançada como fatores mais significativos para aumento do quantitativo de cuidados também foram encontrados em outros estudos^{12,13}. O retardo cicatricial causado por esses dois fatores se deve ao fato de a radioterapia ser um tratamento antigênico e que causa danos às células epiteliais e endoteliais¹² e a idade é um fator adverso para a cicatrização, pois, quanto mais elevada, menor a produção de colágeno, além da resposta fisiológica em todas as fases do processo cicatricial estar mais lentificada, exigindo, portanto, um tempo maior para cicatrização¹³. Isso ficou evidenciado pela distribuição dos procedimentos técnicos realizados, cujo maior número de ações (n=17.360) foi para procedimentos relativos ao curativo durante as consultas e ações educativas para curativo domiciliar (n=835) e cuidado com traqueostomias (n=841).

O número de consultas/paciente, cuja média foi de 12,61, variou de acordo com o quadro clínico apresentado pelo mesmo, com a sua disponibilidade, com a presença de um acompanhante para a vinda até o hospital, com a existência de um familiar ou cuidador informal para o cuidado domiciliar e com a capacidade de aprendizado dos pacientes em relação aos cuidados ensinados pela equipe de Enfermagem.

Diante do exposto, é importante salientar que o conhecimento sobre a doença e sua evolução permite o estabelecimento de prioridades em relação ao atendimento prestado. Considerando a atuação do assistente social e do profissional de Enfermagem no INCA, especificamente no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, é importante frisar a existência de um trabalho baseado na troca de conhecimentos, que se complementam dentro de cada esfera de atuação.

Quanto à condição socioeconômica dos pacientes (Tabela 3), evidenciou-se a importância de a abordagem pelo assistente social ter início precocemente, de preferência na primeira consulta do paciente/família na clínica, de modo que possibilite que a equipe interaja com os pacientes e possa subsidiar o entendimento quanto ao diagnóstico, aos processos de tratamento e à qualidade dos serviços existentes na instituição. Tal preocupação se justifica pelos resultados obtidos, uma vez que se viu a preponderância de usuários provedores da família (n=79; 51,6%), com vínculo previdenciário autônomo (n=45; 29,4%) e com renda familiar de até dois salários mínimos (n=46; 31,5%).

Desse modo, a compreensão de que o tratamento oncológico pode vir a exigir do paciente o afastamento do trabalho por tempo indeterminado, por ser prolongado e

recorrentemente limitador da atividade laborativa, exige dos profissionais de saúde a troca de informações e a necessidade de antecipar-se às situações que potencialmente possam repercutir negativamente no curso do tratamento. No primeiro atendimento e nos posteriores, é necessário transmitir orientações que permitam a inserção dos usuários na tomada de decisões.

Verificou-se, também, na atuação cotidiana, que muitos pacientes desconhecem os meios de acesso aos recursos de assistência à saúde e aos recursos sociais, tendo o acesso aos benefícios previdenciários dificultado pela falta ou perda da qualidade de segurado¹⁴. Isso reforça a necessidade da atuação interdisciplinar para que sejam identificadas expressões da questão social que venham a repercutir na continuidade do tratamento. Importante ressaltar que uma quantidade significativa de usuários não estava inserida no mercado de trabalho (n=29; 19%) ou possuía trabalho informal (n=36; 23,5%), o que leva a equipe de Serviço Social a primar pelo desenvolvimento de ações coletivas, de modo a contemplar a educação em saúde como um diferencial no acesso dos pacientes aos seus direitos.

A orientação previdenciária, na conjuntura da avaliação social realizada, adquire suma importância, pela repercussão na dinâmica sociofamiliar do usuário não abrangido pela Previdência Social ou outras formas de proteção social, a exemplo do Programa Bolsa Família (n=3; 2%) e do Benefício de Prestação Continuada (n=8; 5,2%), este último previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), sob a Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993¹⁵. Tal condição de ausência de vínculo previdenciário ou assistencial, atrelada na maioria dos casos à baixa qualificação e rendimento, é agravada quando o paciente e/ou seu cuidador são os provedores da família.

Convém destacar que as demandas que chegam aos profissionais atravessam as fronteiras das questões relativas à Política de Saúde. Estão atreladas à assistência, exigindo conhecimento da rede por parte do profissional, compreendendo a saúde como um estado físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças. O hospital, enquanto espaço organizado para atender aos cuidados necessários ao paciente, ocupa na sociedade ocidental um lugar central e quase naturalizado no que concerne à prestação de serviços direcionados à saúde, à doença e à morte^{16,17}.

A realização de uma intervenção interdisciplinar, por sua vez, abre espaço para um trabalho que depende essencialmente da articulação entre os diferentes saberes, trazendo como ganho o elo entre a família do paciente e os profissionais de saúde. Pensa-se que cabe a quem está no *front* do cuidado acolher as demandas específicas e concretas dos usuários e dos familiares e direcionar um olhar e uma escuta que estabeleçam mediações do

geral ao particular. A interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública alcança um *status* de necessidade diante da complexidade que a saúde impõe¹⁸.

Desse modo, assume-se que a formação dos profissionais não deva ser só técnica. Deve compreender a cultura, o sistema e a relação, já que a atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações. A mudança na graduação deve envolver também domínio técnico, compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida¹⁹.

Contudo, é importante destacar, à luz dos estudos vigentes^{18,19}, que a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade, nem tampouco significa a justaposição de saberes. Antes de tudo, suscita consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber em direção a um fazer coletivo, envolvendo recortes no conjunto do conhecimento.

CONCLUSÃO

Descrever as situações vivenciadas na prática profissional e as ações de cuidado desenvolvidas pela Enfermagem e pelo Serviço Social ambulatorial junto aos pacientes a partir dos registros levou à compreensão de que é nesse espaço que os profissionais convivem um maior período de tempo com o portador de câncer de laringe e seus familiares e, por isso, têm a oportunidade de intervir nos problemas que se seguirão durante o tratamento oncológico.

O atendimento planejado e coordenado, visando à recuperação e à adesão ao tratamento pelo usuário, mostrou-se imprescindível e resultou em um plano de cuidados flexível desenvolvido para cada pessoa, contendo medidas educativas e terapêuticas da equipe de Enfermagem que, em paralelo com a equipe de Serviço Social, priorizou o encaminhamento das questões trazidas pelos usuários aos demais profissionais da equipe de saúde.

Concordou-se em destacar a interdisciplinaridade como ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa e aumento da satisfação do usuário do serviço. Para tal, é necessária diversificação na equipe, inserindo profissionais que possam trazer conhecimentos que se complementam ao clínico e ao epidemiológico, como o social, caminhando como alternativa ao modelo da atenção à saúde até então vigente, caracteristicamente centralizado no enfoque biológico.

O conhecimento abrangente dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população atendida pela instituição, tais como: sua condição socioeconômica e sociofamiliar, contribui para que os profissionais se aproximem de forma qualitativa. Nesse aspecto, a

perspectiva do trabalho em saúde sob concepção ampliada exige a todo o momento uma ação reflexiva e humanizada por parte dos trabalhadores, muito embora estes, repetidas vezes, tenham de reafirmar cotidianamente a necessidade de condições propícias e de recursos necessários para tal ação.

CONTRIBUIÇÕES

Luciana da Silva Alcantara e Maria Teresa dos Santos Guedes participaram da concepção e planejamento do projeto para o artigo; obtenção, análise e interpretação de dados; redação e revisão crítica do texto. Ana Celina Alves Muniz de Oliveira participou da obtenção e interpretação de dados; redação do texto. Maria Cristina Marques dos Santos participou da obtenção de dados; revisão crítica do texto. Durval Raimundo Diniz participou da interpretação de dados; revisão crítica do texto. Enedina Soares participou da revisão crítica do texto.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Guedes MTS. Tecnologia do cuidado de enfermagem: uma intervenção resolutive para o portador de fístula faringocutânea [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [citado 2 Abr 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 874, de 16/05/2013 – Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[Internet]. Brasília, DF; 2013. [citado 9 ago 2013]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria874.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização: GTH / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Pinheiro R. Cuidado em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde 2009. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. [citado 2 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>
6. Pusch R. Humanização e integralidade1. Revista da SBPH 2010 Dez [citado 2013 Abr 30]; 13(2): 210-6. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000200004&lng=pt
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. TNM: Classificação de Tumores Malignos. 7 ed. Rio de Janeiro: INCA. 2012. 325p.
8. Sartor SG, Eluf-Neto J, Travier N, Wünsch Filho V, Arcuri ASA, Kowalski LP, Boffetta P. Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. Cad Saúde Pública 2007; 23(6): 1473-81.
9. Yamamoto MV. Capital fetiche, questão social e Serviço Social. In: _____. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez; 2007. p. 195-208.
10. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback JC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(1): 68-73.
11. Migowski A, Coeli CM. Diferenças regionais da taxa de mortalidade por câncer de boca e faringe no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1997-2004. Cadernos de saúde coletiva 2009; 17(2): 346-56.
12. Criado PR, Moure ERD, Sanches Junior JA, Brandt HRC, Pereira GLS. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos: parte II. An Bras Dermatol 2010; 85(5): 591-608.
13. Mohile SG, Xian Y, Dale W, Fisher SG, Rodin M, Morrow GR, et al. Association of a cancer diagnosis with vulnerability and frailty in older medicare beneficiaries. J Natl Cancer Inst 2009;101(17):1206-15.
14. Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil). Instrução normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010 - DOU de 11/08/2010. [citado 12 Ago 2013]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss-pres/2010/45.html>
15. Brasil. Lei Orgânica da Assistência Social [LOAS] 1993. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 [citado 11 Set 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm
16. Alcantara LS, Sant'anna JL, Souza MG N. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. Cien Saude Colet 2013 set; 18(9). [citado 14 Set. 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900004&lng=en&nrm=iso
17. Menezes RA. Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. Physis 2000 dez, 10(2) [citado 16 Abr. 2013]. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312000000200002&lng=en&nrm=iso
18. Teixeira MJO, Nunes, ST. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: Bravo MIS, Vasconcelos AM, Gama AS, Monnerat G. Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
 19. Machado K. Integralidade, a cidadania do cuidado. Radis: comunicação em saúde 2004 nov; 27:15-6.

Abstract

Introduction: Based on the philosophy of expanded clinic, social workers and nursing staff of the outpatient care of the Section of Head and Neck Surgery develop joint activities, systematizing information and actions that complement each other, aiming at integral care for patients with cancer of the larynx. **Objectives:** To demonstrate the importance of designing expanded clinic in the health-disease process, from the experience of the social worker and nursing with these patients; analyze the actions that facilitate users' access to health care, social and labor, and social security rights; and to describe the outcome of interventions. **Method:** Cross-sectional study of secondary data of patients with laryngeal cancer with descriptive and inferential statistical analysis. **Results:** Analyzed 153 cases, mostly male, aged between 46 and 65, white, married, primary education, residents outside Rio, smokers, drinkers, advanced staged patients treated with radiotherapy or surgery with radiotherapy, mostly family providers with autonomous pension bond and family income up to two minimum wages. Nursing actions totaled 19,455. Age and irradiation were significant for care. **Conclusion:** It demonstrated the importance of extended clinic to produce comprehensive care focused on customers, exerting the interdisciplinarity a fundamental role in triggering strategies to deal with the effects caused by the disease. **Key words:** Social Work; Oncology Nursing; Ambulatory Care; Laryngeal Neoplasms; Integrality in Health; Interprofessional Relation

Resumen

Introducción: Sobre la base de la filosofía de la Clínica Ampliada, trabajadores sociales y personal de enfermería de la clínica de la Sección de Cabeza y Cuello desarrollan actividades conjuntas con la sistematización de la información y las acciones que se complementan entre sí, en busca de la plenitud para atender a pacientes con cáncer de laringe. **Objetivos:** Demostrar la importancia de la idea de la Clínica Ampliada en el proceso salud-enfermedad, a partir de la experiencia del trabajador social y de enfermería con estos pacientes; analizar las acciones que faciliten el acceso de los usuarios a los servicios de salud y a los derechos sociales, laborales y a la seguridad social; y describir los resultados de las intervenciones realizadas. **Método:** Estudio transversal de los datos secundarios de pacientes con cáncer de laringe con el análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** Se analizaron 153 casos, en su mayoría varones, de edades comprendidas entre 46 y 65 años, raza blanca, casados, con educación primaria, residentes fuera de Río, fumadores, beben alcohol, etapa avanzada, tratados con radioterapia exclusiva o cirugía con radioterapia, la mayoría es cabeza de familia, con bonos de pensiones autónomo y un ingreso familiar hasta de dos sueldos mínimos. Acciones de enfermería totalizaron 19.455. La edad y la irradiación fueron significativas para recibir los cuidados necesarios. **Conclusión:** El estudio demostró la importancia de la Clínica Ampliada para producir una atención integral dirigida a los pacientes, donde la interdisciplinaria ejerció un papel clave en el desencadenamiento de las estrategias para hacer frente a los efectos provocados por la enfermedad. **Palabras clave:** Servicio Social; Enfermería Oncológica; Atención Ambulatoria; Neoplasias Laríngeas; Integralidad en Salud; Relaciones Interprofesionales