

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

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS SUJEITOS  
ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE  
CABEÇA E PESCOÇO: UM OLHAR  
INTERDISCIPLINAR**

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

**Denise de Oliveira Vedotto**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS SUJEITOS ACOMETIDOS  
POR AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO:  
UM OLHAR INTERDISCIPLINAR**

**Denise de Oliveira Vedotto**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. Vânia Fighera Olivo**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

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

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho Final de  
Conclusão– modalidade artigo publicável

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS SUJEITOS ACOMETIDOS POR  
AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO: UM OLHAR  
INTERDISCIPLINAR**

Elaborado por  
**Denise de Oliveira Vedotto**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Comissão Examinadora:**

---

**Vânia Fighera Olivo, Dr<sup>a</sup>. - UFSM**  
(Orientadora)

---

**Jucelaine Birrer Arend - UFSM**

---

**Sandra Trevisan Beck, Dr<sup>a</sup>.- UFSM**

**Santa Maria, 18 de Junho de 2011.**

## **RESUMO**

Monografia de Pós-Graduação em  
Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS SUJEITOS ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEOPLÁSICOS DE CABEÇA E PESCOÇO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR**

Autora: Denise de Oliveira Vedotto

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vânia Figuera Olivo

Data e Local da defesa: Santa Maria, 18 de Junho de 2011.

O cuidado aos usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço é complexo, necessitando de um cuidado ampliado. Diante disso, destaca-se para as ações de educação em saúde sendo o enfoque interdisciplinar necessário para um cuidado integral. Objetivou-se através deste estudo refletir as práticas de educação em saúde no contexto de usuários com este agravo, analisando suas percepções acerca desta temática. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Foi realizada em um ambulatório de cabeça e pescoço de um Hospital Universitário localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, com sujeitos acometidos por esse tipo de agravo. Na análise dos dados foi utilizada a análise temática que resultou nas categorias: Práticas de educação em saúde e modelos de atenção e os desafios da educação em saúde no campo interdisciplinar. Como resultado evidencia-se que estes usuários apresentam pouca informação, embasado em modelos de atenção tradicionais, e apontam para a necessidade de um cuidado integral e interdisciplinar, com necessidade de reorientação nas práticas assistenciais vigentes. Concluiu-se que é necessário realizar discussões entre os diversos atores do campo da saúde a fim de possibilitar um cuidado amplo às necessidades destes sujeitos, enfatizando as ações de educação em saúde, com enfoque no campo interdisciplinar.

**Palavras-Chave:** Educação em Saúde. Modelos de Atenção. Interdisciplinaridade.

## **ABSTRACT**

### **HEALTH EDUCATION FOR INDIVIDUALS AFFECTED BY NEOPLASMS ON THE HEAD AND NECK: AN INTERDISCIPLINARY LOOK**

The amplitude of care for users affected by neoplastic diseases of the head and neck is complex. A highlight for the actions of health education and a focus on an interdisciplinary approach is necessary for comprehensive care. The objective of this study is to reflect the practices of health education in the context of users with this condition. It is a descriptive-exploratory research with a qualitative approach. The research was performed at a head and neck ambulatory in a university hospital located in Rio Grande do Sul. The thematic analysis resulted in these categories: health education practices, models of care, and the challenges of health education in the interdisciplinary field. The results show that these users have little information, with traditional models, in need of an interdisciplinary and comprehensive care. It was concluded that it is necessary to conduct discussions in the health field, requiring reorientation in the current care practices.

**Keywords:** Education in Health. Models of Attention. Interdisciplinarity.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>7</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Práticas de educação em saúde e modelos de atenção.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Desafios da educação em saúde no campo interdisciplinar.....</b>	<b>16</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>21</b>

## INTRODUÇÃO

Os processos de educação em saúde fundamentam-se nos propósitos de integrar um saber coletivo que possa proporcionar ao sujeito e coletividade maior autonomia em suas decisões e opções de vida, intervir sobre o cuidado de si, de sua família e coletividade. Para que este propósito se concretize é necessário refletir novas práticas de saúde direcionadas à modelos de atenção os quais o cuidado ao indivíduo deve ser integral. (MACHADO *et al.*, 2007).

Existem muitas dificuldades vivenciadas pelos usuários no Sistema Único de Saúde, como ações desarticuladas e isoladas, ocorrendo uma desresponsabilização diante de casos concretos, dificuldade na efetividade e resolutividade dos serviços, como retardo no acesso a tratamentos essenciais. Ainda, nos deparamos com modos de processos de trabalho nos quais o modelo hegemônico está inserido nos serviços de saúde. Com isso, as intervenções tornam-se mais restritas, presas às competências específicas de poucos profissionais, muitas vezes não reconhecendo o usuário como participante ativo deste processo, tornando o mesmo impotente frente à relação usuário/trabalhador de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Deve haver uma construção coletiva de responsabilidades no nível macro e micro, possibilitando uma qualificação na atenção, com ênfase no trabalho interdisciplinar, numa perspectiva de ação integrada. Os serviços como produtores do cuidado devem proporcionar redes de cuidado para que as ações em saúde impliquem conexões e comunicações, proporcionando atenção integral e a continuidade de cuidado à saúde das pessoas (MACHADO *et al.*, 2007).

Deve ser necessário ter como perspectiva um cuidado amplo à usuários acometidos por agravos complexos como as neoplasias de cabeça e pescoço. A complexidade deste agravo nos remete a pensar na importância de qualificar as respostas dos serviços frente a esta problemática. Emergem para uma reflexão crítica acerca das ações de educação em saúde que perpassam pelo processo de cuidado.

A partir dessas reflexões que inquietam e desafiam, busca-se conhecer os processos de educação em saúde, no contexto amplo do cuidado. O sujeito acometido por uma neoplasia de cabeça e pescoço está esclarecido acerca de seu agravo para melhorar sua qualidade de vida?

Como se dá a educação em saúde a estes sujeitos? Como o trabalho em equipe perpassa nas ações de cuidado em saúde com estes usuários?

Nesse contexto, delineou-se como objetivo deste estudo refletir as práticas de educação em saúde no contexto de sujeitos acometidos por este agravo, despertar para um olhar no enfoque interdisciplinar e ampliado em saúde, através de entrevistas com os mesmos em um Hospital Universitário de uma cidade do interior do RS.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Nessa abordagem são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações, na perspectiva de compreender o ser humano em suas relações com o mundo (MINAYO, *et al.*, 2005). Foi desenvolvida em um ambulatório da especialidade de cabeça e pescoço de um Hospital Universitário localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Participaram da pesquisa 17 sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, oriundos de diferentes municípios da região centro-oeste do RS. Os critérios de inclusão foram: realizar consultas no ambulatório de cabeça e pescoço no período de coleta dos dados; que tenham autorizado a pesquisa por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e que tivessem condições de responder ao instrumento de coleta de dados, conscientemente.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada norteada por um roteiro com questões relativas aos objetivos desta pesquisa. Esse tipo de entrevista combina perguntas abertas e possibilita ao entrevistado falar sobre o tema em questão sem se prender ao questionamento. Também, esse método permite a flexibilidade nas entrevistas e absorção de novos temas e questões pelo pesquisador trazidas pelos sujeitos de acordo com a sua relevância (MINAYO, *et al.*, 2005).

Os sujeitos foram abordados individualmente, sendo informados sobre os objetivos da pesquisa, o interesse em participar e os possíveis riscos benefícios. Posteriormente foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em caso de concordância com os termos expostos.

As entrevistas ocorreram individualmente, no período de março a abril de 2011, sendo os entrevistados escolhidos previamente à realização das consultas. Foi conduzida em uma sala disponível no ambulatório nos mesmos dias e horários em que são realizadas as consultas com estes usuários. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de gravador digital após a autorização verbal do pesquisado.

Foi utilizado o critério de saturação da amostra, ou seja, a coleta de dados foi finalizada quando as informações levantadas iniciaram uma seqüência de repetição, em que novas falas tinham importância pouco significativa na resposta aos objetivos da pesquisa (TURATO, 2008).

Após transcritos, os dados, foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, permitindo relacionar as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articulando os textos descritos e analisando com os fatores que determinam suas características como as variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2000).

Esta pesquisa segue os princípios preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a ética nas pesquisas com seres humanos. Assim, no intuito de respeitar o anonimato, os entrevistados serão apenas identificados pela letra U seguidos de um algarismo numérico para diferenciá-los entre si: Usuário 1 (U1), usuário 2 (U2), sucessivamente (BRASIL, 1996).

A pesquisa recebeu autorização do Comitê de Ética da Instituição em que o Hospital está vinculado sob número do processo 23081.017030/2010-88, e número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 03111.0.243.000-10, em janeiro de 2011.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A população que constitui a amostra desta pesquisa foi na sua maioria do sexo masculino (82%), com idade média de 61,2 anos, tabagistas, com 1º grau incompleto, agricultores com história de utilização de agrotóxicos, apresentando renda familiar de um salário mínimo.

Verificou-se, de acordo com a maioria das falas, a fragilidade dos processos de educação em saúde a estes sujeitos, constatando-se a predominância modelos de atenção

tradicionais, apontando para a necessidade de um cuidado interdisciplinar. Tais situações são analisadas através de duas categorias temáticas: Práticas de educação em saúde e modelos de atenção e os desafios da educação em saúde nos processos de cuidado no contexto interdisciplinar. Estas categorias são fundamentadas através das falas, as quais apresentam aspectos significantes nos processos de atenção em saúde, direcionando para a necessidade de uma reorientação nos processos de cuidado com foco na educação em saúde e em um modelo de cuidado integral e interdisciplinar.

### **3.1 Práticas de educação em saúde e modelos de atenção**

Os modelos de atenção são definidos como a organização dos serviços de saúde com base em um determinado arranjo dos saberes da área, regras/normas pré-estabelecidas que ordenam um determinado modo de agir em saúde, levando em conta estratégias políticas e ações sociais. Evidenciam-se na grande maioria dos serviços, modelos vigentes pautados em processos de trabalho reducionistas e mecanicistas. Com isso, apresentam modos de produção de saúde em que o cuidado torna-se restrito em relação às ações de educação em saúde no campo de atuação (FERRI, *et al.*, 2007).

Os dados traduzidos nesta categoria denunciam as deficiências dos modelos de atenção vigentes quando esses negligenciam as práticas de educação em saúde no campo de cuidado. Tal problemática é decorrente do fato de que os serviços ainda são organizados com base na ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, tendo como eixo orientador a utilização excessiva de tecnologias duras - equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, intervenções invasivas e de medicamentos, em detrimento das tecnologias leves – tecnologia das relações (MERHY, 2004).

Um dos grandes desafios impostos aos trabalhadores, às instituições e à sociedade é a busca de um novo modo de gerir e operar processos de trabalho que levem em conta ações diferenciais na produção da saúde, com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, de modo a estabelecer novas relações entre trabalhadores e usuários, fundamentadas em diretrizes como o acolhimento, vínculo, responsabilização e a autonomia dos sujeitos (MACHADO *et al.*, 2007).

A discussão em torno de uso de tecnologias leves no cotidiano dos serviços de saúde; momentos de falas, escutas qualificadas, acolhimento, confiabilidade e esperança, autonomização do usuário; visa contrapor a lógica biologicista, introduzindo a importância de um trabalho vivo em que predomina o processo das relações, ampliando a noção de cuidado enquanto produtor de relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2004).

Em um cenário de produção de cuidado envolvendo usuários acometidos por agravos complexos, como neoplasias de cabeça e pescoço, esta discussão torna-se relevante no sentido de compreender os significados produzidos. No caso do público alvo das entrevistas, evidenciou-se uma sequência de sentidos produzidos quanto à relação entre práticas de educação e modelos de atenção: *necessidade de educação como espaço de escuta; educação em saúde como um dispositivo articulador da autonomia; práticas insipientes de educação em saúde e de base tradicional; educação em saúde e produção de consciência crítica do usuário.*

Para melhor compreender estas várias dimensões de sentido produzidas, optou-se em analisá-las de forma individualizada, porém buscando identificar a maneira como se correlacionam.

Em relação à *necessidade de educação como espaço de escuta*, a maioria dos fragmentos evidencia a necessidade de uma reflexão sobre a importância do uso de tecnologias leves no serviço de saúde, principalmente em momentos de fragilidade clínica, emocional e psicológica que envolve o processo de cuidar.

*[...] o que eu queria era operar antes que desse câncer, quero me operar porque sei que se esperar vai dar, pelo tempo disso aqui pode dar câncer [...]U16.*

*[...] eu acho que a gente tem que saber o que é que tem...fico nervosa com isso, com medo que cresça mais[...]U9.*

*[...] tem dias que eu fico assim: ai será que eu vou melhorar? Será que eu vou me livrar? Será que vou sarar? [...]U10*

Os fragmentos revelam que frente à complexidade destes agravos, é importante ouvir o usuário e acolhê-lo de modo diferenciado, considerando suas vivências com a doença, seus sentimentos de aflição, medo e preocupação. Tais elementos são indispensáveis para processos de humanização nas práticas de saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com as falas, deve-se refletir sobre esses modelos de atenção vigentes e o espaço ocupado pela educação em saúde, evidenciando o valor do modo de relação, da escuta qualificada, emprego de elementos das tecnologias leves, visto que os sujeitos que sofrem estes agravos necessitam de cuidado ampliado, devido às incertezas, medo do enfrentamento, insegurança frente ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e possível recorrência. No caso dos sujeitos entrevistados, esta abordagem se torna ainda mais relevante visto que a maioria são idosos, com renda familiar precária e baixa escolaridade, tornando mais difícil a consolidação da autonomia.

No entanto, para que as ações em saúde; incluso as ações de educação em saúde; com enfoque em tecnologias leves possam se concretizar é necessário um resgate da produção de cuidado, em que a clínica seja traduzida por atos de fala e escuta direcionada para uma relação entre usuário e trabalhador da saúde de forma mais dialógica de interação (FERRI, *et al.*, 2007).

A segunda dimensão de significado identificada nesta categoria trata da *educação em saúde como um dispositivo articulador da autonomia* do usuário, percebendo-o como sujeito singular, histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A análise dos dados denuncia o quanto este processo de autonomização do sujeito é negligenciado, pois a maioria dos depoimentos retrata um usuário desprovido de informação em saúde e impotente diante de sua problemática. Isto se deve, na maioria das vezes, à uma relação entre usuário e trabalhador de saúde distanciada, com dificuldades no estabelecimento de vínculo e acolhimento. Sabe-se que os processos de acolhimento de modo humanizado, de diálogo compartilhado entre os sujeitos (usuário e trabalhador da saúde), ambos portadores de conhecimentos distintos, proporcionam uma perspectiva de desenvolvimento da autonomia destes usuários (FERRI, *et al.*, 2007).

Dentro do propósito dos processos de educação em saúde, o ato de educar proporciona autonomia de escolhas, uma cultura de vida, com articulação da percepção de autonomização à ideia de liberdade e de força pessoal e coletiva para poder intervir na sua realidade e na escolha de seus caminhos. Na realidade dos serviços de saúde, a concepção de autonomização do indivíduo ainda é desvalorizada, o que se tem visto é a produção de atos na forma de procedimentos e da produção de procedimentos na forma de cuidado, sem haver compromisso e valorização dos indivíduos (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Os fragmentos das falas evidenciam a precariedade das práticas de educação em saúde nos serviços em que estes usuários são atendidos, os mesmos são desinformados a respeito de sua saúde, não existindo meios para o exercício de suas autonomias:

*[...] só o que eu sei é que tenho esse inchaço aqui, é só o que eu sei [...] U6.*

*[...] acho que foi uma mordida de um bicho que caiu da árvore e me deu aquela ferroada, senti uma dor e que me deu esse carocinho depois [...] U5.*

As falas permitem compreender que a viabilização de um cuidado direcionado para a construção de autonomia, necessita estar inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde. Assim, partindo de um contexto complexo como o que envolve estes usuários com agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, os serviços de saúde devem estar comprometidos para possibilitar ações transformadoras integralizadas e mútuas (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

As ações de cuidado devem ser contempladas para além do estado físico, elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados subjetivos de orientação das pessoas em seu viver. Vale dizer que quanto mais esclarecido e conscientizado o usuário se encontra, mais capacitado está para lidar com o processo de adoecimento, desenvolvendo meios e estratégias de luta eficazes, procurando desmascarar mitos, inseguranças, medos, possibilitando deste modo conforto e segurança. Com isso, fortalece os processos de tomada de consciência e conquista da autonomia (MACHADO *et al.*, 2007).

A terceira dimensão de significado identificada nesta categoria enfatiza as *práticas insipientes de educação em saúde e de base tradicional*. Evidenciam-se através das falas dos usuários modelos de atenção fundamentados em referencial biologicista do processo saúde-doença, informações verticalizadas, sendo que os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde.

Diante disso, é importante analisar os modelos de atenção perante a passividade usual das práticas educacionais de base tradicional, tornando os usuários como objeto das práticas educativas (ALVES, 2005).

*[...]Já me explicaram direitinho, só tenho dúvida quanto a esse carocinho aqui[.] U10.*

Torna-se relevante cogitar quais resultados desta abordagem de educação em saúde refletem sobre a satisfação das necessidades deste usuário, de seus problemas reais e potenciais. Identificam-se através da fala anterior que foram realizadas algumas explicações, mas que este usuário ainda apresenta dúvidas básicas acerca de seu agravo, apontando para uma abordagem de educação ineficiente. Sabe-se que a qualidade da comunicação entre o usuário e o trabalhador de saúde influencia os resultados para a saúde (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Através disso, como poderá este usuário ter a percepção acerca de seu cuidado em saúde, com base em uma educação em saúde tradicional, verticalizada? Questiona-se como este espaço de escuta e diálogo entre profissional e usuário poderá ser qualificado, diante de um modelo tradicional de educação em saúde, em que o indivíduo torna-se vulnerável diante de sua problemática.

Além disso, este modelo de educação em saúde tradicional contrapõe-se ao princípio da integralidade, restringindo-se em intervenções de saúde curativas, medicalizadas, focalizadas na doença ou no “corpo doente” (ALVES, 2005).

*[...] Não me explicaram quase nada, eles deram uma folha com o que deveria ser feito, curativo e coisa, foi isso tento me cuidar [...]U7.*

Diante deste relato percebemos que nem ao menos as informações básicas são disponibilizadas ao usuário, tornando-os impotentes frente à sua situação atual de saúde. As informações são verticalizadas com caráter meramente informativo, destacando-se que o usuário recebeu apenas uma folha com explicações sobre o que deveria ser feito, com a informação sendo transmitida de forma ineficaz.

Ainda, no depoimento seguinte revela-se uma prática de educação que não permite a este usuário desenvolver capacidades e habilidades para que participe ativamente na definição de suas necessidades, restringindo a possibilidade de um empoderamento de seu autocuidado, sendo tomado como um sujeito acrítico, desconsiderando sua necessidade emancipatória (PELICIONI, 2007).

*[...] Eu não entendo disso aí, é difícil para as pessoas entenderem, isso aí quem sabe são as minhas irmãs, porque “eles” explicam para elas [...]U2.*

Percebe-se uma relação entre usuário e trabalhador moldada de maneira assimétrica, com o profissional em poder do conhecimento técnico-científico, enquanto o usuário e seus familiares são apenas informados, sem haver uma sensibilidade às suas necessidades (PELICIONI, 2007).

Diante disso, essa concepção nos remete a pensar sobre a importância de reorientação dos modelos assistenciais dominantes, não tomando o usuário como simples objeto das práticas, mas como participante ativo do processo saúde-doença, proporcionando ações educativas sem que este usuário seja carente de um saber sobre a sua própria saúde.

Entretanto, apesar da maioria das falas apontarem evidências de processos de educação em saúde fragilizados e com necessidade de reorientação nos modelos de atenção, identifica-se, numa minoria das falas, uma abordagem dialógica de educação em saúde. Nesta concepção, analisaremos então a dimensão relacionada à *educação em saúde e produção de consciência crítica do usuário*. Essa revela a percepção dos usuários e a importância dessas ações, superando a hegemonia dos modelos convencionais:

*[...] eu até fui muito bem orientado, explicaram tudo direitinho, a gente vê pelos outros [...]U11*

*[...] foi explicado, que era uma cirurgia e que era um tumor de parótida, tinha que fazer a cirurgia para depois ver o que ia acontecer, foi para a biópsia, depois fui para casa com dreno e tinha que fazer o curativo todos os dias, mas a minha filha fazia para mim, porque as enfermeiras explicaram direitinho, me recuperei rápido, e foi bom também porque sempre foi tranquilo e não fiquei preocupado [...]U4*

Os fragmentos revelam um processo educativo em saúde que procura envolver os usuários e familiares na construção e significação do autocuidado, valorizado por meio do diálogo. Isto promove responsabilidade e participação ativa na implementação de cuidados e melhorias da saúde. Além disso, evidencia a necessidade de um cuidado diferenciado e acolhedor em que profissionais percebam além da clínica convencional, adotando a educação em saúde como dispositivo de atenção mais integral (MACHADO *et al.*, 2007).

Sabe-se que as ações de educação constituem recursos que visam atingir a vida cotidiana das pessoas, formado por conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde e intermediado pelos profissionais. O ideal é que essas ações sejam caracterizadas por trocas interpessoais, estabelecendo o usuário como centro do atendimento, buscando-se a explicitação e compreensão do saber. Com isso, os indivíduos passam a decidir quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (ALVES, 2005).

Além do mais, evidencia-se através de uma minoria das falas, a dimensão relacionada à educação em saúde contribuindo para uma consciência crítica do usuário.

Nos fragmentos abaixo, confirma-se a necessidade do usuário em ser um participante ativo no enfrentamento de suas necessidades e não passivo como nos modelos convencionais de atenção. Reflete para um comportamento, em que o usuário passa a desenvolver uma consciência crítica para a necessidade de acesso às informações que são inerentes em seu processo de cuidado, apresentando questionamentos a respeito de seus problemas de saúde:

*[...] Quero saber tudo, ficar bem atualizada, obter o máximo de informação possível a respeito [...]U1.*

*[...] Eu tenho vontade de saber, que o pessoal me explique o que acontece, o que é, se vai sarar, se vai me incomodar muito, quero estar por dentro de tudo [...]U2*

Nas falas, pode-se visualizar a percepção do usuário desejando compreender seus problemas de saúde, e as possíveis dificuldades que poderá enfrentar. O usuário crítico é reconhecido como um sujeito que pode ser portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde diante de ações de educação e orientação pelos profissionais. Pode desenvolver uma análise crítica sobre sua realidade, com melhor enfrentamento, com autonomia e responsabilidade no cuidado com sua saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Contudo, diante do contexto analisado, e relatando a importância das ações de educação em saúde, percebe-se para a necessidade de reorientar os modelos de atenção vigentes. Torna-se urgente a necessidade de repensar as práticas de saúde, refletir acerca da qualidade do cuidado e atenção em saúde que é prestada.

Para refletirmos as mudanças desse paradigma de processos de educação em saúde arraigados em modelos tradicionais, emergem as reflexões e práticas baseadas em um modelo de atenção integral, considerando o usuário como o centro do cuidado, com reorganização dos

processos de trabalho de maneira interdisciplinar. É imprescindível um cuidado diferenciado, diante de usuários com agravos tão complexos como de cabeça e pescoço, necessitando haver acolhimento e vínculo, que proporcionem um cuidado amplo, inerente à todos os profissionais de saúde.

### **3.2 Desafios da educação em saúde no campo interdisciplinar:**

Esta temática direciona-se para a necessidade de reorientação nas práticas de educação em saúde no processo de cuidado, direcionadas para um contexto em que os múltiplos profissionais devem estar inseridos, pois, a educação em saúde é uma área do conhecimento articulada interdisciplinarmente e devem estar intrínsecas na ênfase do cuidado (SAUPE *et al*.,2005).

Através dos dados analisados nesta categoria evidencia-se que as atuações de equipes multiprofissionais e interdisciplinares de maneira integrada proporcionam melhor qualidade da assistência, de maneira mais integral. Ainda mais, diante de uma problemática crônica como os agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, em que as necessidades dos usuários são múltiplas e apresentam-se visíveis na dimensão do cuidado.

Apesar de muitos esforços alcançados, ainda temos um modelo hegemônico muito forte, dificultando um processo de inovação nas práticas de educação em saúde, marcado pelas especialidades, práticas fragmentadas de cuidado, intervenções restritas, ações de saúde centradas em poucos núcleos profissionais, contrapondo-se ao contexto da interdisciplinaridade (CARVALHO; CECCIM, 2006).

*[...] Me operaram, fui em casa, eu tentei me cuidar, conforme o que o médico me mandou fazer eu fazia [...]U10.*

*[...] Conversei com o médico, só com o médico mesmo, ainda tenho dúvidas [...]U8.*

As falas denotam que os modelos de atenção vigentes analisados são, na verdade, um campo marcado por uma clínica restrita, sendo caracterizado nas falas da maioria dos entrevistados. Fica claro, a predominância no simbólico do usuário da figura do médico,

refletindo para uma atenção em saúde em que o modelo hegemônico permanece enraizado aos processos de cuidado.

Além do mais, o cuidado em saúde não é eficaz diante de uma atuação de cuidado fragmentada em que os questionamentos destes usuários não são valorizados na perspectiva das ações de educação para a saúde (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Diante disso, comprova-se através dos depoimentos seguintes a dimensão de intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde, em especial no que tange as necessidades de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. Percebe-se a atuação imprescindível que compõe uma abordagem interdisciplinar para proporcionar um cuidado ampliado, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano (SAUPE *et al.*, 2005).

Tais necessidades são problemáticas como: sofrimentos negativos para estes usuários, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade de morte. Este usuário pode deparar-se muitas vezes com uma desfiguração de seu corpo, traumas psicológicos, sendo que dependendo do agravo pode comprometer sua fala, mastigação, deglutição, estética e relacionamento interpessoal (KREUZ, *et al.*, 2007).

*[...] se isso aí vai voltar, se tirando terminou, se vai ter alguma coisa ou não após a cirurgia, se vou ser curada ou não, se vai ter problema algum, não sei, a gente sempre ouvi alguma coisa, eu não quero ficar sem voz [...]U15*

Através deste fragmento percebemos que as ações terapêuticas da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial devem perfazer as práticas de cuidado pelos vários profissionais envolvidos na rede de atenção em saúde. O conhecimento sobre possíveis alterações físicas pode proporcionar ao sujeito uma capacidade de melhor enfrentamento acerca de seu agravo.

Os profissionais podem fomentar atividades que potencializem as ações de educação em saúde, com um enfoque integrado, em que esteja atuante o conhecimento dos vários núcleos profissionais. Como exemplo, pode-se realizar espaços de escuta com familiares e usuários, acolhimento em salas de espera e grupos de apoio. Tais ações proporcionam uma visão mais ampliada dos usuários, favorecendo momentos de troca, de acolhimento.

A troca de conhecimentos para que o usuário tenha um enfrentamento eficaz, deve ser permeada através de um diálogo compartilhado de saberes e participativo entre profissionais e usuários, na perspectiva de cuidado integral. Este modelo vai ao encontro de propostas amplas

quanto às necessidades dos usuários, com compreensão do sujeito e humanização no cuidado. Sabe-se que os sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço muitas vezes apresentam-se fragilizados, podendo manifestar pensamentos de desesperança, sentimentos de medo e incerteza quanto ao futuro (SANTANA; ZANIN; MANIGLIA, 2008):

*[...] eu quero tirar isso aqui, deus o livre se virar um câncer, já chega minha filha que morreu de câncer, não que morrer eu tenha medo porque morrer todos nós morremos, eu tenho é medo dessa doença horrível [...]U9*

*[...] Queria saber se dá para operar ou não, tenho medo que vire um câncer [...]U13.*

Diante desse processo saúde-doença a equipe de saúde poderá trabalhar com este usuário e família, proporcionando melhor compreensão do significado da experiência do adoecer, direcionando para a importância do entendimento de dúvidas que os afligem, estigmatização da doença, medos explícitos (KREUZ, *et al.*, 2007).

A orientação e educação dos profissionais com suas distintas especialidades e distintos saberes neste processo de cuidado tornam-se essencial para uma melhor qualidade na atenção, instigando processos da clínica ampliada. O usuário pode desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes, prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo agravo (KREUZ, *et al.*, 2007).

Além destas dificuldades enfrentadas pelo usuário, ainda poderá enfrentar outras mudanças no seu contexto biopsicossocial como a alteração de sua rotina diária, maior dependência com relação às outras pessoas, poderá sofrer alteração da imagem corporal, isolamento social entre outras (SANTANA; ZANIN; MANIGLIA, 2008).

*[...] tenho vergonha para sair de casa, coloco um pano, mas sinto vergonha igual [...]U3.*

A imagem corporal alterada é um assunto que pode afetar a qualidade de vida, pois envolve sofrimento e desafios. Por isso, a orientação de possível alteração da imagem no início de seu tratamento é um cuidado necessário para melhor enfrentamento de sua realidade. Ainda, destaca-se para a importância de outros núcleos profissionais, com o intuito de

proporcionar um retorno ao convívio de seus familiares e às suas atividades sociais e trabalho, promovendo um cuidado de forma abrangente (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010).

Desta maneira, equipes formadas por distintos profissionais; além da equipe básica de enfermeiros e médicos; como psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e fonoaudiólogo podem agregar o tratar, cuidar e educar em saúde de forma integrada e com compartilhamento de saberes. Também, podem proporcionar às equipes encarregadas da atenção a problemas de saúde um apoio especializado, uma retaguarda. Com isso, fomentam-se os processos de “apoio matricial”, sendo esse um aliado aos modelos de atenção com base integral e dialógico de atuação, contribuindo para aumentar a capacidade de resolver problemas de saúde e proporcionando maior qualidade de vida destes sujeitos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, a residência multiprofissional vem trabalhando neste desafio, com necessidade de repensar novos modelos de formação, de transformar este cuidado fragmentado em um cuidado de saúde integral, onde os mais diversos núcleos profissionais atuam com o mesmo usuário, facilitando as trocas entre os profissionais e práticas de ações da clínica ampliada.

É desafiante, diante de um modelo tradicional, viabilizar uma formação que busca posturas criativas de construção de conhecimentos, em que os profissionais ampliem suas concepções de saúde, entendendo a dimensão de necessidades dos sujeitos, e ainda mais, transformar em um modelo de atenção em saúde em que o cuidado ampliado e o enfoque nas ações de educação em saúde sejam intrínsecos às práticas profissionais (CECCIM; FERLA, 2009).

Nessa perspectiva, existem algumas estratégias desenvolvidas pela política de educação comprometida com inovações na formação dos recursos humanos para o SUS, como o Projeto UNIU (Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), Educação Permanente em Saúde, entre outros, que enredam a formação em todos os níveis (graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento de pessoal em atuação nos serviços). Estas políticas têm como objetivo o aprimoramento dos profissionais, emergindo a integralidade como foco das práticas de saúde e na organização dos serviços, proporcionando uma abordagem ampliada do cuidado em saúde (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Diante de tais iniciativas políticas e também com a residência multiprofissional atuante nos serviços de saúde com lógica de interdisciplinaridade, é possível transformar um cenário de modelos tradicionais e fragmentados de cuidado, viabilizar uma reordenação das

práticas e ações de atenção em saúde, fomentando estratégias que ampliem e favoreçam o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é um processo que precisa ser vivido, implementado e encorajado a construir novas formas de atuação no campo da saúde, devendo ser caracterizado por uma ousadia de busca de novos caminhos. As pessoas precisam refletir, construir, fazer parte, perceber-se interdisciplinarmente (BACKES, *et al.*, 2008).

É necessário compreender que vários profissionais atuam no campo da saúde, sendo que esse não é privativo de um único profissional, enfatizando que cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado (LIMA; MAIA; ALCHIERI, 2008).

Com a atuação das práticas de saúde no campo de atenção integral, os profissionais necessitam de um saber fazer de forma integrada e compartilhada de saberes, um trabalho em equipe, favorecendo o enfoque nas ações de educação em saúde como um instrumento de cuidado (MATOS; PIRES, 2009).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou identificar as práticas de educação em saúde no contexto analisado de sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. A pesquisa apontou para um contexto em que existe uma deficiência nos modelos de atenção vigentes, visto que se evidenciam práticas insipientes de educação em saúde, em virtude de um modelo tradicional, dificultando os processos de autonomia dos usuários enquanto sujeitos ativos de seu modo de viver.

Sinaliza-se para a importância de viabilizar as práticas de educação em saúde em que ocorra uma forma dialógica de interação entre usuário e trabalhador de saúde, contribuindo para a educação em saúde como espaço de escuta qualificada, com acolhimento e criação de vínculo. Sendo que, quando identificadas evidências da abordagem dessas ações, as mesmas contribuem para despertar uma consciência crítica dos usuários.

Destaca-se ainda, para a grandeza da atuação dos vários núcleos profissionais nos processos de tratar, cuidar, e “educar”, de maneira integrada, pois, existe uma amplitude de demandas dos usuários acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço, as quais devem ser

valorizadas. Essas ações devem ser priorizadas com o intuito de contrapor o modelo hegemônico ainda muito presente nos serviços de saúde, com processos restritos de intervenção, dificultando a interdisciplinaridade nos campos de atuação.

Diante disso, tornam-se inerentes nos processos de atenção à saúde as ações de educação, devendo ser promovidas em maior abrangência na rede de cuidado, a favor de uma atenção ampliada e integral, intrínseca nas práticas dos profissionais assumindo um caráter interdisciplinar. Com isso, contribui-se para novos modelos de assistência, que consideram o usuário como o centro do cuidado.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa fornecem subsídios para que as práticas de educação em saúde sejam revistas, com necessidade de viabilizar estratégias que implicam rupturas e rompimento de paradigmas com reorientação nos modelos vigentes, e, mais ainda, estimula outros estudos a explorar o campo da interdisciplinaridade como propósito de atuação.

Como principal peculiaridade do estudo destaca-se a subjetividade dos dados, fator intrínseco ao ser humano e que é influenciado pelo contexto e pelos sentimentos, que precisam ser investigados.

Por fim, enquanto residentes multiprofissionais, este estudo contribuiu para reflexões de alternativas para a efetivação de uma prática de cuidado ampliada, fomentando estratégias que ampliem as ações de educação em saúde no âmbito do cuidado para melhorar a assistência ao usuário acometido por um agravo neoplásico de cabeça e pescoço. Para isso, torna-se necessário unir os recursos disponíveis a outros fatores como sensibilidade e respeito, valorizando a totalidade deste sujeito.

## **5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, 2005.

BACKES, V. M. S. et al. **Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde.** Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, 2008.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N. 196/96, de outubro de 1996. Brasília, 1996.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília; 2008.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.12, n.4, 2007.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007.

CARVALHO; Y. M. De; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras** Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

COSTA, R. K. De S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. De. **Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual**. Ciência Cuidado Saúde, 2008.

FERRI, S.M.N. et al. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

KREUZ, G. (org.). **Câncer de cabeça e pescoço**. O que os profissionais têm a dizer. Revista de Psicologia ATLASPSICO nº 03 | set 2007.

LIMA J, MAIA EMC, ALCHIERI JC. **Avaliação de serviços hospitalares na perspectiva dos profissionais de saúde**. Rev. Gaúcha Enferm., 2008.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

MATOS E.; PIRES D. E. P. **Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar:** um caminho promissor. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 338-46.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar:** a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, M.C.S., et al. **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** In: Minayo MCS, Assis SG, Souza E, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S; PEDRO, E. N. R. **Pacientes com alteração da imagem facial:** circunstâncias de cuidado. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 .

PELICONI, M. C. F.; PELICONI, A. F. **Educação e promoção da saúde:** uma retrospectiva histórica. O MUNDO DA SAÚDE São Paulo: 2007

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. **Câncer:** enfrentamento e apoio social. Paidéia, 18(40), 371-384, 2008.

SAUPE, R. et al. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SOUZA, I. P. M. A. DE; JACOBINA, R. R. **Educação em saúde e suas versões na história brasileira.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.33, n.4, p.618-627 out./dez. 2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à Saúde Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** EDUFBA, Salvador, 2006.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

WIMMER, G. F. & FIGUEIREDO, G. O. **Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):145-154, 2006