

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

**CONCEPÇÃO AMPLIADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE:  
DESAFIOS À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR**

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

**Janaína da Silva Dal Moro**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2011**

# **CONCEPÇÃO AMPLIADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR**

**Janaína da Silva Dal Moro**

Trabalho Final de Conclusão - modalidade artigo publicável - apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde**.

**Orientador: Prof. Dra. Vânia Maria Figuera Olivo**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2011**

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

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

**CONCEPÇÃO AMPLIADA DE ATENÇÃO  
EM SAÚDE: DESAFIOS  
À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR**

Elaborada por  
**Janaína da Silva Dal Moro**

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

**Comissão Examinadora**

**Vânia Maria Fighera Olivo, Dra.**  
(Presidente/Orientador)

**Jucelaine Arend Birrer (UFSM)**

**Dani Laura Peruzzolo, Prof<sup>a</sup> (UFSM)**

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

## **RESUMO**

Monografia de Residência  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de  
Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **CONCEPÇÃO AMPLIADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR**

AUTORA: JANAÍNA DA SILVA DAL MORO  
ORIENTADOR: VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

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

A atenção integral é essencial para que os usuários possam ter resolutividade do cuidado em saúde. Quando um sujeito é acometido por um agravo neoplásico de cabeça e pescoço necessita de um cuidado amplo no qual as práticas interdisciplinares são essenciais para a efetividade da atenção. Objetivou-se através deste estudo analisar a concepção de atenção em saúde sob a ótica de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço no sentido de compreender possíveis relações com os modelos de atenção vigentes. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em um Hospital Universitário localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul com sujeitos acometidos por esse tipo de agravo. Os sujeitos responderam a uma entrevista semi-estruturada com questões abertas sobre as suas percepções em relação à atenção em saúde. Para análise e discussão dos dados foram organizadas duas categorias: 1) concepção usual de atenção: centralidade no modelo biomédico e 2) por uma dimensão de cuidado interdisciplinar. Concluiu-se que o modelo de atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço analisado ainda é pautado no modelo médico hegemônico, em detrimento de ações integrais e interdisciplinares, apontando para a necessidade de uma reestruturação dos modos de fazer e pensar saúde, em busca de uma atenção resolutiva e de qualidade a estes indivíduos.

Palavras-chave: Atenção. Saúde. Cuidado. Interdisciplinaridade. Residência Multiprofissional.

## **ABSTRACT**

Monograph of Residence  
Residence Program in Multidisciplinary Integrated Public  
Federal University of Santa Maria

### **DESIGN EXTENDED ATTENTION IN HEALTH: CHALLENGES TO PRACTICE INTERDISCIPLINARY**

**AUTHOR: JANAÍNA DA SILVA DAL MORO**  
**ADVISER: VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO**

Defense Place and Date: Santa Maria, June 18<sup>th</sup>, 2011.

The integral care is essential so that the users can have resoluteness in health care. When a subject is highly affected by a worsening of neoplastic head and neck needs a careful wide in which the interdisciplinary practices are essential to the effectiveness of the care. This study aimed to through this study to analyze the design of health care from the perspective of the users affected by neoplastic diseases of head and neck in order to understand possible relations with the models of Attention existing. This is a descriptive research and exploratory with a qualitative approach, carried out at a University Hospital located within the state of Rio Grande do Sul with subjects affected by this type of injury. The subjects responded to a semi-structured interview with open-ended questions about their perceptions in relation to health care. For data analysis and discussion were organized two categories: (1) design costume of attention: centrality in biomedical model and 2) By a dimension of interdisciplinary care. It was found that the model of attention to the users affected by neoplastic diseases of head and neck also analyzed and guided by the hegemonic medical model, to the detriment of comprehensive actions and interdisciplinary, pointing to the need for a restructuring of ways of doing and thinking about health, in search of an attention that cures and quality to these individuals.

Keywords: Attention. Health. Be careful. Interdisciplinarity. Multiprofessional Residence

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As concepções de práticas de saúde estão passando por uma importante crise, devido às limitações que os modelos hegemônicos tradicionais de atenção apresentam para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Cabe salientar que a fragmentação percebida no modelo assistencial desenvolvido ao longo do século XX, centrado no biológico e impulsionado pelo complexo médico industrial, contrapõem-se ao princípio da integralidade, assegurado pela Constituição Federal de 1988, com base no artigo 198.

Esses modelos ainda vigentes continuam desencadeando nos serviços de saúde, trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos de exames, entre terapias medicamentosas e consultas médicas especializadas. Assim, o processo de trabalho de base tradicional, carece de interação de novos saberes e práticas, fomentadora para a viabilização da integralidade em todos os processos envolvidos na atenção em saúde. (FRANCO & MERHY, 2005)

Na visão de Mattos (2003) a integralidade pressupõe uma abertura para o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado, sendo utilizada como princípio orientador das práticas de organização do trabalho e de políticas de saúde. Implica, em sua essência, a recusa ao reducionismo e à objetividade dos sujeitos, o que a conduz a uma abertura para o diálogo interdisciplinar. A busca de um saber-fazer científico menos fragmentário, enquanto alicerce para a integralidade, pressupõe, dentre outros aspectos, a construção de processos interdisciplinares, ou seja, a construção de um esforço de aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos (JAPIASSU, 1976).

Nesse sentido, a Clínica Ampliada é um dispositivo para uma nova concepção de atenção, que passa a ser objeto de discussão nos serviços e no meio acadêmico, propondo rever a estruturação das práticas de produção de saúde. (CAMPOS, 2006) Requer, entre outros aspectos, colocar em discussão justamente as concepções fragmentadas dos processos de trabalhos, resultantes dos modelos de gestão da clínica em serviços de saúde, para então, incorporar novas tecnologias, saberes e práticas e, desde modo, operar/agir segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda, concepção ampliada de atenção é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH - do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), que preconiza a necessidade de repensar os processos de atenção em saúde para além das expressões das doenças, da

realização de diagnósticos, da prescrição de medicação e do modelo médico centrado. Este contexto sinaliza para a necessidade de desconstruir as concepções habituais dos profissionais de fazer clínica em saúde, incluindo o usuário neste processo, estimulando-o a qualificar sua concepção de clínica sustentada na oferta de serviços interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais.(CAMPOS E DOMITTI,2007)

Este desafio é vivenciado no cotidiano de um Programa de Residência Multiprofissional de um Hospital Universitário do Interior do estado do Rio Grande do Sul, que em seu projeto pedagógico prevê a formação orientada pela ruptura destes modelos tradicionais de atenção. Imbuídos desta problemática os residentes deste programa produziram alguns questionamentos que desencadearam a realização deste estudo, quais sejam: Qual a relação entre percepção do usuário sobre dimensão de atenção em saúde e modelos de estruturação dos serviços de saúde? Uma concepção ampliada de atenção em saúde tem viabilidade apenas para alimentar discussões da academia ou é um desafio que precisa encontrar meios de operacionalização? Estas questões reforçam a relevância de investigar e melhor compreender esta problemática, principalmente quando se trata de processos de atenção à usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. Pois através das práticas dos residentes multiprofissionais percebeu-se a fragmentação do cuidado, em contraponto com a necessidade destes usuários, que é de um atendimento integral e completo.

Assim, esta pesquisa objetivou analisar a concepção de atenção em saúde sob a ótica de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço no sentido de compreender possíveis relações com modelo de atenção, assim como vislumbrar novas dimensões de cuidado, pautado na interdisciplinaridade e numa concepção ampliada de saúde.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, através da qual são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações, com o intuito de compreender o ser humano em suas relações com o mundo (MINAYO *et al.*, 2005).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino superior a qual o hospital escola está vinculado, sob o nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0311.0.243.000-10 e 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 inicial de seu nome conforme a realização das entrevistas.

Os indivíduos foram abordados individualmente, recebendo informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, seus possíveis riscos e benefícios.. Posteriormente, em caso de concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando sua participação e publicação dos resultados do estudo em meios científicos e acadêmicos.

Participaram da pesquisa dezessete sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. Os critérios de inclusão foram: estar em acompanhamento no ambulatório de cabeça e pescoço no período de coleta dos dados (março a abril de 2011); autorização de participação por meio da assinatura do TCLE; e condições de responder ao instrumento de coleta de dados, conscientemente.

A técnica de coleta dos dados utilizada foi uma entrevista semi-estruturada norteada por um roteiro com questões relativas aos objetivos desta pesquisa, realizada individualmente e gravada com o auxílio de gravador digital após a autorização verbal e escrita dos sujeitos. Esse tipo de entrevista combina perguntas abertas e possibilita ao entrevistado falar sobre o tema em questão sem se prender ao questionamento. Ainda, 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).

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 a transcrição das entrevistas, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de cunho temático para análise e interpretação dos dados. A análise cumpriu as

seguintes etapas: (1) pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos; (2) exploração do material através da elaboração de categorias de análise, agrupando trechos de depoimentos significativos; (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (Minayo, 2004). Esta análise possibilitou 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).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões apresentados nesta unidade evidenciam aspectos relevantes da problemática alvo desta investigação – concepção e modelos de atenção - orientadas a partir de duas unidades de significado: 1) concepção usual de atenção: centralidade no modelo biomédico; 2) por uma dimensão de cuidado interdisciplinar.

#### **Concepção usual de atenção: Centralidade no modelo biomédico**

O modelo de atenção à saúde no Brasil foi historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento restrito de saúde como ausência de doença. No entanto, o rompimento deste paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional de criação e implantação de um novo sistema de saúde, uma vez que modelos anteriores não respondiam efetivamente aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população (SCHERER, MARINO; RAMOS, 2005).

O modelo de atenção em saúde ainda é hegemonicamente voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. Este modelo é chamado de medicina científica ou biomedicina ou ainda modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção, que se mantém ainda vigente nos sistemas de saúde e de formação, estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários (MOROSINI,2007).

A institucionalização de processos de ruptura desta lógica teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que legitimou os principais problemas identificados no âmbito da prestação da atenção: desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações (CNS, 1987).

Outro marco de discussão sobre modelos de atenção foi a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, com tema "*SUS: constituindo um modelo de atenção para a qualidade de vida*" (CNS, 1996). Esta questão reaparece na 11ª CNS, realizada em 2000, com um dos subtemas de discussão: "*Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade,*

*equidade e necessidades prioritárias de saúde"* (CNS, 2000) (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2003).

Esta problemática em torno dos modelos e concepções de atenção é melhor compreendida quando ancorada nos dados analisados na pesquisa. É o caso do questionamento aos usuários referente aos esclarecimentos recebidos acerca de seu agravo clínico e eventuais complicações. A maioria das falas evidencia que o esclarecimento prestado não sinaliza para um cuidado integral, haja vista a repetição de fragmentos reveladores de insegurança e dúvidas expressas explícita ou implicitamente por estes usuários:

*[...]Foi explicado, que era uma cirurgia e que era um tumor de parótida. E tinha que fazer a cirurgia para depois ver o que ia acontecer[...]*

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

*[...]Eu me afogo bastante, mas o doutor disse que não é por dentro é por fora, mas eu me afogo bastante, eu deixei de tomar chimarrão por isso [...]*

As falas denotam que os modelos vigentes de estruturação do sistema de saúde analisado são, na verdade, um campo marcado por uma clínica restrita que não valoriza o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial, fundamental a estes usuários que além do tipo de agravo debilitante são a maioria homens (82%), com pouca escolaridade e renda familiar baixa, o que torna a falta de esclarecimentos ainda mais problemática.

Melhores resultados no processo de atenção somente serão alcançados alterando-se radicalmente este modelo tradicional no qual se adota uma postura que tende a transformar o usuário em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. (CAMPOS, 2007)

Cabe destacar que alterar modelo não é apenas uma forma de organizar serviços de saúde nem um modo de administrar o sistema e os serviços de saúde (Paim, 2002), mas sim uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de "lógica" que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2003).

Ampliando a compreensão sobre o quanto as falas revelam o modelo vigente, evidencia-se, na maioria dos depoimentos dos usuários, que a maneira de organização dos

processos de trabalho e os modos de intervenção ainda são fortemente centrados no modelo médico hegemônico/biomédico.

*[...]Só tive contato com o médico, acho que só o médico está bom, eu acredito muito no médico, acredito muito nele[...]*

*[...]Tive contato somente com médicos e enfermeiras durante a internação. Não sinto falta de nenhum outro profissional[...]*

*[...]Não senti necessidade de outros profissionais, porque já tem os médicos aqui dentro[...]*

Cabe ressaltar que através dos depoimentos percebeu-se um evidente grau de satisfação com o serviço prestado, e se analisados juntamente aos fragmentos apresentados anteriormente, a situação torna-se ainda mais complexa, pois sinaliza a visão pouco ampliada da atenção produzida nos serviços de saúde.

Feuerwerker (2005) afirma que as idéias e os valores oriundos do modelo Biomédico ainda são predominantes na sociedade, uma vez que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes no imaginário dos trabalhadores do SUS, interferindo diretamente na consolidação e efetivação do SUS.

Frente a este cenário, é importante refletir se tais comportamentos são resultantes de um modelo em que os serviços são prestados por equipes básicas, formadas basicamente por médicos e equipe de enfermagem, gerando como consequência um possível grau de desconhecimento da clínica que outros núcleos profissionais podem desenvolver nos serviços de saúde.

Transformações do modo de organizar e gerir a atenção à saúde vem sendo consideradas indispensáveis para a consolidação do SUS, com o objetivo de qualificar o cuidado, através de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação das práticas de diferentes profissionais e níveis de atenção (BEZERRA, 2010).

Mudanças de práticas e olhares, novas racionalidades de saberes e práticas mais integrativas são necessárias para que este modelo tradicional vigente possa sofrer as transformações almejadas e assim o usuário tenha novas visões quanto à importância e necessidade do tratamento e acompanhamento com outros profissionais da saúde.

Este desafio inclui a aproximação entre profissionais, com a possibilidade de realização de um trabalho conjunto, através da complementaridade entre saberes e práticas, já que isoladamente, não conseguem consolidar uma atenção integral. (Castro & Souza, 2010)

Entretanto, ainda é árduo o caminho para a construção do trabalho cooperativo, que pressupõe solidariedade e confiança. Nesta perspectiva, cabe ao profissional inserido nessa lógica repensar seu processo de trabalho e considerar que o trabalho em equipe é o pilar para o “fazer” integrado e que as buscas pelas possibilidades auxiliam a alcançar o desenvolvimento do seu fazer (CORRÊA *et al*, 2009).

### **Por uma dimensão de cuidado interdisciplinar**

A análise dos dados permitiu uma melhor compreensão do desafio que envolve a integração do heterogêneo no campo interdisciplinar, na perspectiva de uma unidade integral que vai além do simples somatório, mas transcodifica significados produzidos e transforma-os em novas sínteses peculiares (MENDES, 2008)

Nas colocações dos usuários com agravos neoplásicos de cabeça e pescoço e também no convívio diário dos autores com estes, podemos exemplificar a necessidade de outros profissionais da saúde além do profissional médico. É possível observar na maioria dos discursos a identificação do campo de atuação de outros profissionais. Ao mesmo tempo, estes depoimentos sinalizam para o entendimento do usuário de que a não atuação destes profissionais possa não impactar de maneira significativa na evolução e resultado de seu quadro clínico, demonstrando que os mesmos não possuem o conhecimento dos benefícios que podem lhe propiciar o atendimento integral à saúde.

Uma problemática crônica em saúde como os agravos neoplásicos de cabeça e pescoço apresenta necessidade de uma dimensão de cuidados ampliada entre os vários núcleos profissionais. Estes usuários devem ser assistidos pelas diversas profissões que possam atender suas principais aspirações, pois apresentam distintas necessidades: nutricionais, psicológicas, físicas, sociais, educativas, dentre outras.

No diagnóstico e tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço é de fundamental importância poder contar com uma equipe multidisciplinar, composta pelos seguintes profissionais, trabalhando de modo interligado em benefício do usuário: Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologista, Radioterapeuta, Oncologista clínico, Fonoaudiólogo, Equipe de Enfermagem, Fisioterapeuta, Nutricionista, Clínico Geral, Cirurgião Dentista, Cirurgião Bucomaxilofacial, Patologista, Cirurgião Plástico, Radiologista, Anestesiologista, Psicólogo e Assistente Social. Além destes diversos profissionais listados, os familiares e o próprio paciente devem participar ativamente das decisões sobre o seu tratamento (Cervantes,

2000). Desta maneira, o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais, porém há pouca ênfase no desenvolvimento de tecnologias para trabalhar estas questões (MOROSINI, 2007).

Nas falas abaixo, nota-se que a fragmentação do cuidado ainda está presente no cotidiano de muitos profissionais, pois de acordo com estes usuários os profissionais cuidam apenas da doença e não da sua saúde como um todo.

*[...]a doutora trata só cabeça e pescoço[...]*

*[...]Me queixei de dor nas costas, mas a doutora trata só cabeça e pescoço, procurei um especialista na cidade, agora estou melhor, tomei bastante remédio[...]*

Quando os usuários referem que a “doutora” só trata da cabeça e pescoço, podemos perceber a falta de integralidade na atenção, fragmentando as ações ofertadas a estes sujeitos. Assim, a residência multiprofissional vem trabalhando neste desafio de transformar este cuidado fragmentado em um cuidado de saúde integral, em que diversos núcleos profissionais atuam com o mesmo usuário, facilitando as trocas de saberes entre os profissionais e práticas de ações da clínica ampliada.

Com vistas à importância de uma atuação conjunta e integrada é que surge a necessidade de pensar a patologia em cabeça e pescoço a partir de uma ótica humanizada e disposta a compreender as demandas do paciente em primeiro lugar, para só então, atuar no combate efetivo à doença (KREUZ, 2007).

Através dos depoimentos dos usuários, complementados pela prática clínica dos autores/residentes multiprofissionais, é perceptível a necessidade de atuação dos diversos núcleos profissionais, pois é notável o quanto a atenção em saúde é fragmentada e descontínua em relação aos usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço:

*[...]Perdi aproximadamente 6 kg em um mês, me alimento a base de líquidos. Nunca recebi orientação por nutricionista[...]*

*[...]Não tive orientação nutricional, emagreci um pouco, mesmo comendo a mesma coisa perdi uns 4 kg em quase 1 ano, mas continuo comendo igual[...]*

A partir de uma compreensão específica do núcleo profissional da Nutrição, torna-se evidente o prejuízo ao usuário desta fragmentação do cuidado. O nutricionista tem papel essencial, por colaborar para evolução favorável e melhoria na qualidade de vida dos usuários com neoplasias de cabeça e pescoço. Como os objetivos do atendimento são diferentes de acordo com a evolução da doença, identificar os aspectos nutricionais e as mudanças morfológicas e fisiológicas decorrentes da patologia é fundamental ao se tratar usuários com

estes agravos. A recuperação e/ou manutenção do estado nutricional adequado, visa contribuir na eficácia do tratamento oncológico.

O Fisioterapeuta também é um importante membro da equipe multidisciplinar, principalmente na reabilitação respiratória pós-operatória, redução da dor, edema e aderências cicatriciais, tratamento de alterações da sensibilidade e mímica facial e na reabilitação de possíveis seqüelas e limitações funcionais decorrentes de lesões nervosas ocorridas durante a cirurgia:

*[...]Tenho dor no corpo e dificuldade para me vestir[...]*

*[...]Perdi o movimento do braço por causa da cirurgia. Quando eu vou fazer algum servicinho, pego um peso e já me dói. Quem tá em casa que me ajuda[...]*

Através destes depoimentos pode-se constatar a necessidade de inserção do profissional fisioterapeuta nas equipes de atenção a portadores de neoplasias de cabeça e pescoço para um melhor curso no tratamento e melhoria da qualidade de vida destes sujeitos. Já, o acompanhamento com o fonoaudiólogo inicia-se no período pré-operatório e se acentua no pós-operatório, onde trabalha de forma intensa na reabilitação das microcirurgias da laringe – quando se tratar de lesões benignas deste órgão –, nas pós glossectomias parciais ou totais, nas faringectomias, laringectomias e faringolaringectomias, atuando nos quadros de disfagias e disfonias. No discurso dos usuários acometidos por agravos de cabeça e pescoço percebe algumas das dificuldades relacionadas a deglutição e voz, sendo essas as alterações mais perceptíveis.

*[...]Eu sinto que ficou um pouquinho mais apertado na garganta pra engolir, mas o doutor disse que era complicado mexer de novo aí, então a gente cuida e como mais devagar. E também a minha voz que mudou um pouco, mas tá tudo bem[...]*

*[...]não consigo, comer, pois me afogo, já perdi 9 kg[...]*

Em vistas disto, é possível perceber o quanto a atuação de um profissional está interligada com as ações do outro, pois no momento em que o usuário relata não conseguir alimentar-se, é visível que o mesmo não teve tratamento com fonoaudiólogo e devido a queixa de não se alimentar, a consequência foi a perda de 9kg, portanto se a este usuário estivesse sido prestado atendimento por uma equipe multiprofissional, provavelmente a realidade seria outra, assim como a qualidade de vida deste. Com trechos de depoimentos abaixo, é possível perceber a necessidade da atuação profissional do psicólogo e assistente social no tratamento destes usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço.

*[...]Antes não parava em casa e agora nem sai saio mais de casa. Pq sai muita saliva e fica feio[...]*

*[...]Tenho vergonha para sair de casa. Coloco um pano na traqueio, mas sinto vergonha igual[...]*

Portanto, o psicólogo e o assistente social ao trabalharem junto com o paciente sentimentos relativos à esse período, compreendendo de forma dinâmica a inter-relação entre paciente-doença-família-equipe, e destacando a importância ao entendimento de fatores como: estigmatização da doença, mutilação, auto-estima, dor, expectativas futuras, reconstrução, reabilitação, cura, morte; são também profissionais imprescindíveis no tratamento e acompanhamentos de usuários acometidos por agravos de cabeça e pescoço.

O núcleo da enfermagem, que tem como características o atendimento tanto ao paciente clínico quanto ao paciente operatório, devendo ser acompanhado e orientado no pré-operatório para os procedimentos que irá realizar, e no pós-operatório para cuidados e condutas a serem tomadas, e na alta hospitalar, marcando retorno para acompanhamento ambulatorial. É também um núcleo profissional essencial para o tratamento e acompanhamentos de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, sendo que ao depararmos com os depoimentos abaixo, pode-se perceber o que a não atuação deste núcleo profissional pode ter como consequência para o usuário:

*[...]Não explicaram nada. Eles deram uma folha com o que deveria ser feito. Curativo e coisa. Foi suficiente. É que eu costumo me cuidar[...]*

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

Diante disso, percebe-se que o câncer de cabeça e pescoço, sendo uma doença complexa, deve ser abordada por equipes multidisciplinares, e dentre os profissionais envolvidos é fundamental que haja conhecimento mútuo acerca do que cada especialidade trata e da importância que as várias áreas significam no atendimento-tratamento do paciente, sendo considerado como participativo diante da doença e da possibilidade de cura. (KREUZ, 2007).

Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há, também, um profundo desconhecimento sobre a atenção básica e seu potencial de cuidado. Como consequência, temos a descontinuidade da atenção, ambulatorios sobrecarregados e população cativa a determinados centros de tratamento (MOROSINI,2007)

A atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou coletividades, visando uma abordagem integral.

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, universalidade, busca da equidade e incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, visando a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Uma de suas diretrizes é a Clínica Ampliada, que pressupõe que o atendimento à pessoa em processo de saúde-doença não se limita apenas ao seu diagnóstico e tratamento, sendo necessário a abrangência das diversas necessidades do usuário, em sua singularidade como sujeito e cidadão de direitos (BRASIL, 2008b).

Desta maneira, há práticas simples que podem ser adotadas para facilitar o trânsito da clínica tradicional para a ampliada. (CAMPOS & AMARAL, 2007). Como por exemplo, a ação de equipes multidisciplinares, focando a atenção integral do usuário.

Os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem considerar essa premissa e buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos ao mesmo tempo em que constroem um novo sentido para o trabalho em saúde, produzem uma nova forma de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e produção do cuidado. (FRANCO & MERHY, 2005)

Com o objetivo de efetivar a clínica ampliada a residência multiprofissional atua, almejando uma atenção integral a saúde dos usuários. Assim, a residência multiprofissional vem como uma desencadeadora de ações multiprofissionais e interdisciplinares. Sendo que certas competências e habilidades técnicas, somadas a um conhecimento amplo têm sido cada vez mais desejáveis, englobados sob a ótica da interdisciplinaridade, responsável por tornar o profissional apto a superar desafios e romper com uma visão de trabalho linear e previsível.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, foi possível obter uma visão abrangente da percepção de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço acerca do cuidado em saúde.

A pesquisa revelou a existência de deficiências no que diz respeito ao cuidado integral e multiprofissional, sendo este cuidado centrado na figura do profissional médico, denunciando presente o modelo médico hegemônico. Evidenciou-se que o trabalho em saúde apresenta-se sustentado em um modelo de caráter positivista, prevalecendo uma forma de organização dos serviços sustentada na atenção curativa, reforçando a medicalização e o atendimento aos sintomas biológicos, a qual não é coerente com o objeto e a finalidade do trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado na saúde.

Também foi possível evidenciar a ausência da atuação de outros núcleos profissionais em sincronia com o profissional médico, tornando o cuidado fragmentado e menos resolutivo.

É enfática a referência à necessidade de aplicação de novas bases produtivas para a saúde, como importantes momentos de escuta, de criação de vínculos e valorização das subjetividades, da singularidade e das relações afetivas. Ou seja, deve haver a existência de um processo que procure construir novas bases produtivas para a saúde, baseadas no agir cotidiano dos sujeitos, tendo como pressuposto modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde.

Porém, construir a integralidade do cuidado em saúde implica a defesa do agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais.

Enquanto residentes multiprofissionais, este estudo representou ser um instrumento passível de contribuir na discussão de uma reordenação das práticas e ações de atenção em saúde que abrange usuários acometidos por ACP, na tentativa de reconhecê-los em suas especificidades e como cidadãos portadores de direito a uma atenção qualificada e integral.

Sendo assim, a residência multiprofissional torna-se protagonista para que a inserção de novas práticas de saúde possa tornar-se parte das ações cotidianas dos trabalhadores de saúde, visando a mudança de modelo de atenção a saúde focada para a singularidade do usuário.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, B. Textos Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 72 p. : il. color. (Série Básicos de Saúde)
3. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290.
4. BEZERRA, I.A.M. **Velhas e novas formas de intervenção em saúde: Os modelos assistenciais em análise**. Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104, 2010
5. Boing AF, Antunes JLF. **Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura**. *Ciênc. saúde colet.* 2011, vol.16, n.2, pp. 615-622. ISSN 1413-8123.
6. Brasil, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
8. Campos GWS, Domitti AC **metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007
9. Campos GWS. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: Minayo C, *et al.*, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.

10. 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]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.
11. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa and AMARAL, Márcia Aparecida do. **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]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.
12. Carvalho Ec, Tonani M, Barbosa JS. **Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básica de saúde de um município do estado de São Paulo.** *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(4): 297-303.
13. Castro E AB, Souza A I S. **Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino.** *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, suplemento 1, p. S46-S59, 2010
14. CERVANTES, Onivaldo. **O câncer de cabeça e pescoço e a equipe multidisciplinar.** In: *Fonoaudiologia em Cancerologia, Fundação Oncocentro de São Paulo - Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia, São Paulo*, 2000
15. Corrêa Ferreira, Ricardo;Rodrigues Varga, Cássia Regina;Ferreira da Silva, Roseli. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 14, Núm. 5, septiembre-octubre, 2009, pp. 1421-1428
16. Dias, S L. **Gestão de processos: do reducionismo á visão sistêmica.** 2008. Disponível em: [HTTP://www.genesisrs.com.br/artigos/200802.pdf](http://www.genesisrs.com.br/artigos/200802.pdf)
17. Dobrossy L. **Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem.** *Cancer and Metastasis Rev* 2005; 24:9-17.
18. Favero E, Bitencourt M et AL. **Perfil Epidemiológico de paciente da grande São Paulo com carcinoma espinocelular avançado da boca e da orofrainge.** *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 36, nº 3, p. 155 -158, julho / agosto / setembro 2007.
19. FEUERWERKER, L.C.M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.489-506, set/dez, 2005.

20. Franco, T.B. & Merhy, E.E., **Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção Social da Demanda”;** IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005
21. JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220 p.
22. KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I.; WERFF, A. V. D. **Sistemas nacionales de salud y su reorientacion hacia la salud para todos:** pautas para una política. Washington: OMS, 1984. (Cuadernos de Salud Pública)
23. Koifman S, Koifman RJ, Meyer A. **Human Reproductive System Disturbances and Pesticide Exposure In Brazil.** Cad. De Saúde Pública. 2002;18(2):435-45
24. KREUZ, Giovana *et al.* **Câncer de cabeça e pescoço - o que os profissionais têm a dizer.** Revista de Psicologia ATLASPSICO nº 03, set 2007. Curitiba, PR.
25. Mattos RA. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad Saúde Pública. 2004; 20 (5): 1411-6.
26. MATTOS, R. A. Integralidade e formulação de políticas específicas de Saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.
27. MERHY, Emerson Elias. **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, p.108-137. (Série B.Textos Básicos de Saúde).
28. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** In: Minayo MCS, Assis SG, Souza E, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
29. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em Saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
30. MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

31. PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000
32. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003**. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
33. ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO,N - **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71)t
34. Santos MAB, Gerschman S. **As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores**. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):795-806.
35. SCHERER, M. D. A; MARINO, S. R. A; RAMOS, F. R. S.. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, Fev 2005.
36. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):221-242.
37. *Silva, D.A.; Oliveira, J.R.; Santos, E.A. Mendes, F. F. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos*. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2009;33(3):358-364.
38. SILVA, Kênia Lara and SENA, Roseni Rosângela de. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.1, pp. 48-56. ISSN 0080-6234.
39. Teixeira, M. G. L. C.; Paim, J. S. **Os programas especiais e o novo modelo assistencial**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-77, 1990.
40. Turato ER. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.