

CONCEPÇÃO AMPLIADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR

EXTENDED CONCEPTION OF ATTENTION TO HEALTH: CHALLENGES TO THE INTERDISCIPLINARY PRACTICE

Janaína da Silva Dal Moro¹, Vânia Maria Figuera Olivo¹, Camila Dubow¹, Marizete Ilha Ceron¹, Denise de Oliveira Vedotto¹, Catlen Padilha de Oliveira¹, Angela Cherobini¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria; Santa Maria – Rio Grande do Sul - Brasil

Data de entrada do artigo: 13/11/2012

Data de aceite do artigo: 19/02/2013

RESUMO

Introdução: a atenção integral é essencial para que exista resolutividade no cuidado em saúde. Sujeitos acometidos por um agravo neoplásico de cabeça e pescoço necessitam de cuidado amplo, práticas interdisciplinares auxiliam para a efetividade da atenção. **Objetivo:** analisar a concepção de atenção em saúde sob a ótica de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. **Materiais e método:** 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. Os sujeitos responderam às entrevistas semiestruturadas com questões abertas. **Resultado:** o modelo de atenção dado aos usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço analisados é pautado no modelo médico hegemônico. **Conclusão:** este trabalho aponta para a necessidade de uma reestruturação dos modos de fazer e pensar em saúde.

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

ABSTRACT

Introduction: the comprehensive care is essential so that exist resolvability in health care. Subjects suffering from an injury neoplastic head and neck require careful broad, interdisciplinary practices assist to the effectiveness of care. **Objective:** to analyze the concept of health care from the perspective of users affected by neoplastic diseases of the head and neck. **Materials and Methods:** this is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, carried out in a university hospital located in the state of Rio Grande do Sul. The subjects answered semi-structured interviews with open questions. **Results:** The model of care given to users affected by neoplastic diseases of head and neck is lined analyzed the hegemonic medical model. **Conclusion:** this study points to the necessity for a restructuring of the ways of doing and thinking about health.

Keywords: Attention. Health. Careful. Interdisciplinarity.

INTRODUÇÃO

As concepções de práticas de saúde estão passando por uma importante crise, frente às limitações que os modelos hegemônicos tradicionais de atenção apresentam para responder às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. 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 saúde¹.

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 saúde². 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 concepção ampliada de atenção é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH – do Ministério da Saúde³, 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 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 interinstitucionais⁴. 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 saúde⁵.

Esse desafio foi 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 desses modelos tradicionais de atenção. Sob a percepção dessa problemática, os residentes desse 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? Essas questões reforçam a relevância de investigar e mais bem compreender essa problemática, principalmente quando se trata de processos de atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, pois, por meio das práticas dos residentes multiprofissionais, percebeu-se a fragmentação do cuidado a esses sujeitos.

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 em uma concepção ampliada de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, por meio da qual são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações, com o intuito de compreender o ser humano em suas relações com o mundo⁶.

Este estudo faz parte do projeto “Caracterização do fluxo de sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço no sistema de saúde na perspectiva de linha de cuidados” e 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.

O instrumento de coleta dos dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada, norteadas por um roteiro com questões relativas aos objetivos desta pesquisa, realizada individualmente e gravada com o auxílio de gravador digital. 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 relevância⁶.

Após a transcrição das entrevistas, a análise dos dados cumpriu as seguintes etapas: pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos; exploração do material, por meio da elaboração de categorias de análise, agrupando trechos de depoimentos significativos; tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa teve a participação de 17 usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, residentes em diversos municípios da região centro-oeste do RS. A média de idade foi de 61,2 anos, sendo a maioria homens (82%), com pouca escolaridade e renda familiar baixa.

Os resultados e discussões apresentados nesta unidade evidenciam aspectos relevantes da problemática, alvo desta investigação, quais sejam: concepção e modelos de atenção em saúde a partir de uma dimensão de cuidado interdisciplinar.

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 doença⁸. O modelo atual continua 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. Esse modelo, chamado de flexeneriano, medicina científica ou biomedicina, mantém-se ainda vigente, tanto nos sistemas de saúde quanto, na formação de recursos humanos⁹.

A institucionalização de processos de ruptura dessa 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 ações¹⁰.

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"¹¹. Essa 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"^{12,13}.

Essa problemática em torno dos modelos e concepções de atenção é mais bem compreendida quando ancorada nos dados analisados na presente pesquisa. As falas dos usuários entrevistados denotam que a estruturação do sistema de saúde que eles utilizam é marcado por uma clínica restrita, que não valoriza o poder terapêutico da escuta e da palavra, tão pouco o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial, considerados fundamentais a esses usuários.

Melhores resultados no processo de atenção em saúde somente serão alcançados alterando-se radicalmente esse modelo tradicional, 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 saúde¹⁴.

A transformação dos modos de organizar a atenção à saúde se torna indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por pelo menos dois grandes motivos¹⁵: necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência; necessidade de adotar modos mais eficientes de utilizar os escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado em procedimentos – implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, transição epidemiológica e da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população.

Cabe destacar que alterar modelo não é apenas uma maneira de organizar serviços de saúde nem um modo de administrar o sistema e os serviços de saúde¹⁶, mas sim um modo 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 e uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde¹³.

Evidenciou-se, na maioria dos depoimentos, que a maneira de organização dos processos de trabalho e os modos de intervenção ainda são fortemente centrados no modelo médico hegemônico/biomédico, ilustrado pela seguinte fala: "[...] Só tive contato com o médico, acho que só o médico está bom, eu acredito muito no médico, acredito muito nele [...]".

As ideias 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 SUS¹⁷.

Transformações do modo de organizar e gerir a atenção à saúde são consideradas indispensáveis para a consolidação do SUS, com o objetivo de qualificar o cuidado, por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação das práticas de diferentes profissionais e níveis de atenção¹⁸.

Mudanças de práticas e olhares, novas racionalidades de saberes e práticas mais integrativas são necessárias para que esse modelo tradicional vigente possa sofrer as transformações almejadas. Esse desafio inclui

a aproximação entre profissionais, com a possibilidade de realização de um trabalho conjunto, por meio da complementaridade entre saberes e práticas, já que, isoladamente, não é possível consolidar uma atenção integral¹⁹. Cabe ao profissional de saúde 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 alçar o desenvolvimento do seu fazer²⁰.

A análise dos dados permitiu mais bem compreender o 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 peculiares²¹.

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. Esses 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, anestesiológico, psicólogo e assistente social. Além desses diversos profissionais listados, os familiares e o próprio paciente devem participar ativamente das decisões sobre o seu tratamento²².

Entretanto, no discurso dos usuários entrevistados, percebe-se que a fragmentação do cuidado ainda está presente no cotidiano de muitos profissionais, pois, de acordo com esses usuários, pode-se inferir que os profissionais cuidam da doença isoladamente e não do indivíduo de maneira integral: “[...] a doutora trata só cabeça e pescoço[...]”, “[...] Me queixei de dor nas costas, mas a doutora trata só cabeça e pescoço[...]”.

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 esses sujeitos. Com vistas à importância de uma atuação conjunta e integrada, surge necessidade de repensar os agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, a partir de uma ótica mais humanizada e disposta a compreender as demandas do paciente em primeiro lugar, para só então, atuar no combate efetivo à doença²³.

A especialização, que advém da visão biomédica no mundo moderno, com a expansão do conhecimento, tornou-se indispensável, porém, sabe-se mais sobre o particular sem, contudo, avançar no sentido de um melhor entendimento de totalidade dos fenômenos humanos e universais. Em outras palavras, sabe-se cada vez mais, de cada vez menos, correndo-se o risco de reduzir o ser humano a um quebra-cabeça, difícil de formar o conjunto²⁴.

Uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização e verticalização do conhecimento na área da saúde tem sido a proposta do trabalho em equipe²⁵, que vai muito além do que a simples soma de saberes e competências dos diversos profissionais. A interação da equipe é um fator primordial na determinação do resultado obtido. Equipes que trabalham em um clima solidário e de corresponsabilização pelos sujeitos alcançam melhores resultados.

Por meio dos depoimentos dos usuários é perceptível a necessidade de atuação dos diversos núcleos profissionais, atuando em equipe de maneira multiprofissional e interdisciplinar: “[...]Perdi aproximadamente 6 kg em um mês, me alimento a base de líquidos. Nunca recebi orientação por nutricionista[...]”.

A partir de uma compreensão específica do núcleo profissional da Nutrição, torna-se evidente o prejuízo ao usuário dessa fragmentação do cuidado. O nutricionista tem papel essencial, por colaborar para a 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 e a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional adequado, visa a contribuir na eficácia do tratamento.

O fisioterapeuta também é um importante membro da equipe, 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 sequelas e limitações funcionais decorrentes de lesões nervosas, ocorridas durante a cirurgia, reforçado pelo seguinte depoimento: “[...] 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 [...]”.

Já o acompanhamento com o fonoaudiólogo se inicia no período pré-operatório e se acentua no pós-operatório, quando trabalha de maneira intensa na reabilitação das microcirurgias da laringe – quando se tratar de lesões benignas desse 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-se algumas das dificuldades relacionadas à deglutição e voz, sendo essas as alterações mais perceptíveis: “[...] Eu sinto que ficou um pouquinho mais apertado na garganta pra engolir. E também a minha voz que mudou um pouco, mas tá tudo bem [...]”.

Por meio dos depoimentos também foi possível perceber a necessidade da atuação profissional do psicólogo e assistente social no tratamento destes usuários: “[...] Antes não parava em casa e agora nem saio mais de casa. Porque sai muita saliva e fica feio, sinto vergonha [...]”.

Esses profissionais, ao trabalharem juntamente com o paciente, sentimentos relativos a esse período, passam a compreender de modo dinâmico a inter-relação entre paciente-doença-família-equipe; sendo também profissionais imprescindíveis no tratamento e acompanhamentos de usuários acometidos por agravos de cabeça e pescoço.

O núcleo da enfermagem é também essencial, tanto no tratamento como no acompanhamento de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, principalmente no que tange à prática da educação em saúde, ilustrada pelo trecho a seguir: “[...] Não explicaram nada. Eles deram uma folha com o que deveria ser feito. Curativo e outras coisas [...]”.

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 da importância que as várias áreas significam no atendimento/tratamento do paciente,²³ e principalmente da necessidade de atuação interdisciplinar, uma vez que a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e desresponsabilização. A composição de equipes requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes, sendo que a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe.

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, visando 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 necessária a abrangência das diversas necessidades do usuário, em sua singularidade como sujeito e cidadão de direitos. É preciso uma fusão da objetividade da clínica com a

singularidade de cada indivíduo ou coletividade, utilizando, além da tradicional terapêutica, o poder terapêutico de outros instrumentos²⁶.

A atuação de equipes interdisciplinares pode ser adotada para facilitar o trânsito da clínica tradicional para a ampliada¹⁴, focando a atenção integral do usuário. Os métodos de intervenção para a organização dos serviços de saúde devem considerar essa premissa e buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos autoanalíticos, ao mesmo tempo em que constroem um novo sentido para o trabalho em saúde, produzindo uma nova forma de se interpretar e se relacionar com o mundo do trabalho e produção do cuidado¹.

CONCLUSÃO

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. Evidenciou-se que o trabalho em saúde se apresenta 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.

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.

Este estudo representou ser um instrumento possível de contribuir na discussão de uma reordenação das práticas e ações de atenção em saúde, que abrange usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, na tentativa de reconhecê-los em suas especificidades e como cidadãos portadores de direito a uma atenção qualificada e integral. Trata-se de um processo de grande responsabilidade, no qual cada um, e ao mesmo tempo todos, são corresponsáveis pela sua implantação.

A integração entre os profissionais da equipe deve ser estimulada, para não correremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos. A reconstrução de um modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS, requer disponibilidade, compromisso e responsabilidade com a população, por parte da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB; Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.). "Construção Social da Demanda". 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Cepesc-Abrasco; 2005.
2. Mattos RA. Integralidade e formulação de políticas específicas de Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.
3. Brasil. 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, 2009a. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. Campos GWS; Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23 (2): 399-407.
5. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.
6. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza E, (orgs.). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
8. Scherer MDA; Marino SR A; Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface (Botucatu).; 2005; 9 (16).
9. Morosini MVGC, Corbo ADA (orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2007. [acesso em: jun 2011]; p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.
10. Conferência Nacional de Saúde. (8: 1986: Brasília) Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Ministério de Saúde, 1987. [acesso em: jul 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf.
11. Conferência Nacional de Saúde. (10: 1996: Brasília) Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília – DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério de Saúde, 1998. [acesso em: jul 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_CNS.pdf.
12. 11ª Conferência Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, 2000. [acesso em: jul 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1127.
13. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, 2003. Medsi, 6ª ed.: 567-571t.
14. Campos GWS, Amaral M A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência saúde coletiva. 2007; 12 (4): 849-859.
15. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamerica Salud Publica. 2008; 24 (3): 180-188.
16. Paim JS, Almeida-Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
17. Feuerwerker, LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2005; 9 (18): 489-506.
18. Bezerra, IAM. 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.
19. Castro E AB, Souza AIS. Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino. Revista APS, Juiz de Fora. 2010; 13: S46-S59.
20. Corrêa R, Rodrigues CRV, Ferreira RS. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14 (5): 1421-8.
21. Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre, 2008; 1 (1): 24-32.

REFERÊNCIAS

22. Cervantes, O. 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.*
23. Kreuz, G (org.). Câncer de cabeça e pescoço: o que os profissionais têm a dizer. *Revista de Psicologia Atlaspsico. Curitiba, 2007; (03): 31-6.*
24. Mezzomo, AA(org). Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. 1ª ed. São Paulo: Loyola, 2003.
25. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública. 2001; 35 (1): 103-9.*
26. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: 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, 2008. 72.*

Endereços para correspondência:

Janaina da Silva Dal Moro
janadalmoro@hotmail.com

Vânia Maria Figuera Olivo
vania.olivo@yahoo.com.br

Camila Dubow
camiladubow@yahoo.com.br

Marizete Ilha Ceron
marizeteceron@hotmail.com

Denise de Oliveira Vedotto
dvedotto@ibest.com.br

Catlen Padilha de Oliveira
catlenoliveira@yahoo.com.br

Angela Cherobini
angelacherobini@yahoo.com.br