



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

JULIANA ALBERTI MARCHESI

CÂNCER BUCAL: UMA QUESTÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

Porto Alegre

2017

JULIANA ALBERTI MARCHESE

CÂNCER BUCAL: UMA QUESTÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Albuquerque

Porto Alegre

2017

*“A educação é a arma mais poderosa que você pode
usar para mudar o mundo.”*

Nelson Mandela



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Juliana Alberti Marchese, com ingresso em 24/04/2015
Título: **Câncer Bucal: uma questão de educação em saúde?**
Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Data: 01/04/2017
Horário: 08:30
Local: Auditório Mário Rigatto / FAMED

Banca Examinadora	Origem
Luciana Fernandes Marques	UFRGS
Carmen Lucia Bezerra Machado	UFRGS
Vanessa Leal Scarabelot	UFRGS

Porto Alegre, 01 de abril de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Luciana Fernandes Marques		Aprovado	_____
Carmen Lucia Bezerra Machado		APROVADA	_____
Vanessa Leal Scarabelot		Aprovada	_____

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: () Sim (X) Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre / RS -

CIP - Catalogação na Publicação

Marchese, Juliana Alberti
Câncer Bucal: uma questão de educação em saúde? /
Juliana Alberti Marchese. -- 2017.
138 f.

Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2017.

1. câncer bucal. 2. educação em saúde. 3. saúde
bucal. 4. saúde pública. 5. estratégia da saúde da
família. I. Albuquerque, Paulo Peixoto de, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, pois sem o incentivo, a paciência e a orientação, provavelmente eu não teria concluído esta dissertação. Cada vez que vinha a sensação de desânimo e nos encontrávamos, ele mostrava o quanto eu tinha a liberdade de escrever e dissertar sobre a minha prática de trabalho.

Aos professores que conseguiram me fazer refletir durante as aulas e fora delas.

Agradeço aos colegas e todas as discussões que tivemos. Tenham a certeza de que cada um com seu jeito, sua profissão, e seu conhecimento acrescentaram muito em minha vida pessoal e profissional. Em especial, aos cafés e dicas da Janaíne Sari e Aline Tigre.

Aos pacientes entrevistados. Pessoas anônimas nessa pesquisa que em mim deixaram marcas. Elas estão registradas aqui na elaboração conceitual que me propus a realizar. E essas marcas estão em um lugar impossível de registro na escrita: no não dito do afeto e da emoção de lidar com o outro. A cada um deles o meu agradecimento, com muito respeito.

Ao secretário de saúde na época em exercício, José Eloir Wink, e apoiadoras Cassiane e Ana Maria pelo apoio e liberações necessárias para cumprimento da carga horária do mestrado.

Ainda agradeço meus pais, Sandra e Airton, meu irmão Jônata, meus sogros, Cleuny e Nilton, e a Lídia, dinda de coração, por ficarem com minha filha sempre que precisei me dedicar aos trabalhos de cada disciplina, às aulas e, principalmente, ao trabalho de conclusão. Sempre me esperando com um bom chimarrão, um bolinho ou um churrasquinho.

Por fim, e com muito amor, agradeço ao meu esposo Felipe e minha filha Alícia pela compreensão. Ela, presente que a vida me deu, mesmo apenas sabendo que eu ia para “escolinha”, já deixava meu coração tranquilo, com quem estivesse. Já meu amado esposo, que muitas vezes ficou com ela, entendeu minhas ausências, minhas angústias, me ajudou com as formatações de trabalhos, com a rotina da casa, com atenção cada vez que as etapas iam sendo cumpridas – e até parágrafos formulou comigo. Amo vocês!

A todos, o meu muito obrigada!

“Gratidão é quando a alma diz obrigado.”

Autor desconhecido

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a organização da atenção básica, que tem por objetivo a implementação da Vigilância à Saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. No entanto, o programa está deixando a desejar, porque, na área da saúde bucal, a ênfase do trabalho está sendo direcionada muito mais para a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais do que para a aplicação de métodos de prevenção e/ou repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde. O presente estudo buscou, através de um estudo de caso, caracterizar duas situações. A primeira insinua que há uma realidade pouco estudada que interpela ao profissional da saúde e, principalmente, às unidades de saúde que buscam através de uma política pública dar conta das demandas históricas da(s) comunidade(s) em situação de fragilidade de vulnerabilidade social; a segunda diz respeito a uma doença – o câncer bucal –, que, no imaginário social, vem carregada de desinformação, pré-conceitos, despreparo, desconhecimento e desimportância dada ao ensino de segmentos da população em situação de vulnerabilidade e fragilidade social. Ao identificar (i) quais os fatores que levam os indivíduos acometidos pelo câncer bucal a demorar para procurar a ajuda (tanto do ponto de vista dos usuários acometidos pelo câncer de boca, quanto dos profissionais da atenção primária); (ii) apresentar para os gestores a(s) dificuldade(s) que o(s) paciente(s) diagnosticado(s) com câncer bucal, em acompanhamento e/ou tratamento, encontram, destacando importância da educação em saúde tanto dos usuários, quanto dos profissionais de saúde, a fim de que a saúde bucal também seja relevante para o quadro de saúde geral do indivíduo e (iii) identificar as práticas em saúde, a fim de tornar o diagnóstico precoce do câncer bucal comum nas Unidades de Saúde da Família e facilitar o acesso ao serviço de prevenção do câncer bucal. Essas práticas devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde bucal, a fim de viabilizar o processo de capacitação da população e promover a responsabilização coletiva e a promoção da saúde em todos os níveis da sociedade. Os espaços de atuação na saúde pública precisam ser pensados como "comunidades de aprendizagem profissional", com grupos de ensino informal sobre cuidados básicos com a higiene bucal a partir da investigação compartilhada, da evidência informada, das soluções locais, da responsabilidade conjunta, da aprendizagem contínua e das práticas que permitam ser direcionadas a alguma coisa que corporifique a inventividade e as políticas de saúde mais abrangentes.

PALAVRAS-CHAVE: câncer bucal; saúde bucal; educação em saúde.

ABSTRACT

Family's Health Program (PSF) is a strategy for the organization of basic care, which has as its goal the implementation of Health Supervision by means of a set of individual and collective actions aimed at the promotion, prevention and treatment of health problems. Meanwhile, the program is leaving a lot to be desired, because, in oral health area, the emphasis of the work is being directed to the recovery of the damages caused by oral diseases than to the application of prevention methods and/or transfer of information to the self-care and maintenance of health. The present study sought, through a case study, to characterize two situations. The first insinuates that there is a little studied reality which challenges the health professional and, mainly, the health units which aim, through a public politics, to give account of historical demands of the communities in a situation of social fragility and vulnerability; the second concerns a disease – the oral cancer – which, in social imaginary, comes carried of misinformation, pre-concepts, unpreparedness, unfamiliarity and unimportance given to the teaching of population in situation of social vulnerability and fragility. By identifying (i) which factors lead the individuals with oral cancer to delay in searching for help (both from the point of view of oral cancer victims and the primary care professionals), (ii) presenting to the managers the difficulties that the patients diagnosed with oral cancer, in monitoring and/or treatment find, highlighting the importance of health education both users, as well as healthcare professionals, in order to oral health is relevant for the general health picture of the individual and (iii) identify health practices, in order to make the diagnosis early of oral cancer usual in a healthcare center e facilitate access to the prevention service of oral cancer. These practices must consider the aspects relating to oral health knowledge and practices, in order to make feasible the process of people training and to promote collective accountability and health promotion in all society levels. The spaces of public health acting need to be thought as “communities of professional learning”, with groups of informal teaching about basic cares with oral hygiene through the shared investigation, the informed evidence, the local solutions, the joint responsibility, the continuous learning and the practices that allow it to be directed to something that embody the inventiveness and the more embracing health politics.

KEY-WORDS: oral cancer; oral health; health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Interacional de Doenças
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
CPI	Índice periodontal comunitário
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PPGENSAU	Programa de Pós-graduação de Ensino na Saúde
SB	Saúde Bucal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVA	Ultra Violeta (Ultra Violet Age)
VDs	Visitas Domiciliares

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Conceitos-chave, elaborada pelos autores	33
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tabela de análise das atas	36
Tabela 2	Tabela de análise das entrevistas	37
Tabela 3	Cronograma de atividades	137
Tabela 4	Orçamento	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Ata nº 1 - 2015/1	38
Quadro 2	Ata nº 2 - 2015/1	39
Quadro 3	Ata nº 4 - 2015/1	39
Quadro 4	Ata nº 5 - 2015/1	40
Quadro 5	Ata nº 6 - 2015/1	40
Quadro 6	Ata nº 7 - 2015/1	40
Quadro 7	Ata nº 9 - 2015/1	41
Quadro 8	Ata nº 14 - 2015/1	41
Quadro 9	Ata nº 15 - 2015/1	42
Quadro 10	Ata nº 16 - 2015/1	43
Quadro 11	Ata nº 17 - 2015/1	43
Quadro 12	Quadro sinóptico - 2015/1	44
Quadro 13	Ata nº 1 - 2015/2	47
Quadro 14	Ata nº 2 - 2015/2	48
Quadro 15	Ata nº 5 - 2015/2	49
Quadro 16	Ata nº 8 - 2015/2	49
Quadro 17	Quadro sinóptico - 2015/2	50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
2	PROBLEMA	23
3	OBJETIVOS	25
4	MARCO REFERENCIAL	26
5	METODOLOGIA	34
6	ANÁLISE DOS DADOS: RESULTADOS	38
6.1	ANÁLISE DAS ATAS	38
6.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	52
6.2.1	Análise das entrevistas dos profissionais	52
6.2.2	Análise das entrevistas dos usuários	73
7	DISCUSSÃO	92
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
	Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais de saúde da atenção primária	115
	Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido para os usuários da atenção primária	118
	Anexo C – Parecer consubstanciado COMPEQS e CEP aprovados	121
	Anexo D – Termo de anuência na utilização de dados	127
	Apêndice A – Instrumento de coleta de dados (roteiro da entrevista)	128
	Apêndice B – Instrumento de coleta de dados (roteiro da entrevista)	130
	Apêndice C – Entrevista da auxiliar em saúde bucal Natal I e II	132
	Apêndice D – Autorização do Secretário Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.	134
	Apêndice E – Termo de compromisso de utilização de dados secretaria municipal de saúde de sapucaia do sul	135
	Apêndice F – Cronograma	136
	Apêndice G – Orçamento	137

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em Sapucaia do Sul, na Estratégia de Saúde da Família Natal (ESF), trabalhando como dentista e especialista em Saúde Pública desde 2013 e observando prontuários, agendas e fichas de atendimento ambulatorial da ESF Natal I e II, observei que a procura pelos serviços odontológicos tem se modificado consideravelmente.

Inicialmente, os usuários procuravam ajuda para resolver sua dor, buscando realizar restaurações ou extrações, sendo a extração ainda o procedimento mais procurado, pois o paciente acreditava que seria a resolução imediata dos seus problemas. Após a cirurgia e o procedimento pós-operatório, a dor se resolve, porém as consequências de uma exodontia são percebidas ao longo dos anos. Entre essas consequências estão o desalinhamento dentário, a perda da estética e a dor ao mastigar nos dentes remanescentes ou nas articulações, uma vez que o esforço realizado é maior.

Atualmente, percebe-se que os usuários buscam realizar revisões odontológicas como profilaxias ("limpezas") e exames clínicos para que se observe se os mesmos possuem cárie e/ou alguma lesão em boca.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) mostram, sobre o índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPOD), aqueles relativos aos componentes "cariado" e "perdido" caíram mais acentuadamente, enquanto que os referentes ao componente "obturado" cresceram em termos relativos, quando comparado com os dados do SB 2003. Sinteticamente, os índices do componente "perdido" apresentaram uma queda de 13,23% para 7,48%, enquanto o componente "obturado" teve mudança nos seus índices de 4,22% para 7,33% (um aumento de 73,7%). Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, no Brasil, em comparação com o levantamento anterior, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias (BRASIL, 2012c).

Pensar saúde bucal, para o senso comum, significa revisão ou atendimento pontual para resolver uma questão de dor localizada nos dentes e, dificilmente, alguma lesão em boca, a não ser que a lesão já tenha tomado uma proporção que esteja prejudicando a fala, a ingestão de alimentos e/ou a audição.

Tenho encontrado situações que fogem do cotidiano de uma intervenção

eventual; situações em que os indivíduos relatam lesões e situações em que, em uma consulta de rotina, encontro lesões; situações em que o grau de doença bucal é tão intenso, que a abordagem tem de ser gradual e diferenciada. Essas situações nem sempre estão no horizonte daquele que vai ser atendido e muito menos do cotidiano profissional.

A fim de construir o contexto e a problemática que estes fatos podem apontar, apresento, como exemplo, o relato de seis casos, com diferentes reações e desfechos, que podem ilustrar essa narrativa.

CASO 1

Paciente M. I. C. M., sexo feminino, 53 anos, não tabagista e não etilista, foi à Unidade de Saúde para realizar profilaxia em dezembro de 2013. Ao examiná-la, foi constatada doença periodontal e uma lesão em lateral direita de língua que a mesma relatava já existir há algum tempo, que aparecia e desaparecia, mas não causava dor. Havia também aumento dos gânglios linfáticos do mesmo lado.

A paciente foi encaminhada para biópsia em janeiro de 2014 e foi diagnosticada com carcinoma espinocelular. Realizou cirurgia em abril de 2014, sem necessidade de radioterapia e quimioterapia. Atualmente, faz acompanhamento e houve recidiva da doença.

CASO 2

Paciente G. B. S., sexo masculino, 68 anos, tabagista e etilista, foi à Unidade de Saúde em novembro de 2013 relatando ao médico dificuldade para engolir. O médico realizou interconsulta com a odontologia. Ao examiná-lo, foi constatada necessidade de exodontia e profilaxia e esses procedimentos foram realizados. A lesão era em assoalho de boca e já existia há algum tempo. Havia também um aumento considerável dos gânglios linfáticos bilateralmente.

O paciente foi encaminhado para biópsia e foi diagnosticado o carcinoma espinocelular. Foi indicada a cirurgia, porém, o paciente não quis realizá-la e fez o tratamento radioterápico e quimioterápico apenas. Realizou, recentemente, tratamento odontológico (restaurações), pois teve muitas cáries radiculares após a radioterapia.

O mesmo relata ter dificuldade de higienizar os dentes corretamente, pois o creme dental arde a região e a língua não tem o mesmo movimento para remover o alimento. Além disso, está apresentando novamente dificuldade para engolir e apresenta metástases, por isso está em acompanhamento, realizando novas consultas e exames; contudo, já foi desenganado pelos médicos.

CASO 3

Paciente N. T., sexo masculino, 73 anos, ex-tabagista e etilista, foi à Unidade de Saúde em uma consulta médica em agosto de 2014, pois relatava dificuldade para ingerir alimentos. Como a dentista da Unidade estava em licença-maternidade, o paciente foi então encaminhado para a dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, a UBS Nova Sapucaia, que constatou lesão em palato mole.

O paciente foi encaminhado para biópsia e diagnosticado com carcinoma epidermoide de palato. Realizou cirurgia e tratamento radioterápico (23 sessões). Estava recuperando-se bem, porém, em junho de 2015, realizou novos exames e biópsia e apresentou metástases em estágio avançado. Estava utilizando sonda nasogástrica, realizou traqueostomia e estava domiciliado, pois foi desenganado pelos médicos. No dia 28 de agosto de 2015, o paciente foi a óbito.

CASO 4

Paciente J. S. O., sexo masculino, 44 anos, tabagista. Foi realizada visita domiciliar na casa de sua vó e o paciente foi informado sobre o funcionamento da UBS. Então o mesmo resolveu agendar consulta. Ao realizar exame clínico, em 4 de setembro de 2015, constatou-se doença periodontal em estado avançado e algumas lesões de cárie.

Está em tratamento odontológico, realizando raspagens supra e subgingival e restaurações, sempre com orientação de higiene bucal e aconselhamento de possível necessidade de procurar serviço especializado particular, já que o município não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas.

CASO 5

Paciente J. C. F. C., sexo feminino, 28 anos, gestante. Sua consulta foi agendada através do pré-natal odontológico para o dia 3 de fevereiro de 2015, orientada pela enfermeira. Após exame odontológico, observou-se elevado grau de doença cárie e muitos restos radiculares infectados, que causavam dor na paciente. Foi realizada exodontia de emergência de um elemento. A paciente não retornou para a continuação do tratamento.

CASO 6

Paciente M. M. C. F., sexo feminino, 50 anos, tabagista. Agendou consulta e iniciou tratamento no dia 31 de agosto de 2015. Ao realizar exame clínico, constatou-se que quase todos os dentes apresentavam cáries radiculares, por motivo da ingestão ininterrupta de café com açúcar. Foi realizada raspagem supra e subgingival e está sendo realizado tratamento restaurador, sendo que 2 dentes deverão ser extraídos. Em todas as consultas reforça-se a importância da higiene bucal e da necessidade de modificar seus hábitos alimentares.

Os seis casos apresentados caracterizam duas situações: a primeira insinua que há uma realidade pouco estudada que interpela ao profissional da saúde e, principalmente, às unidades de saúde, que buscam, através de uma política pública, dar conta das demandas históricas da(s) comunidade(s) em situação de vulnerabilidade social.

A segunda diz respeito a uma doença – o câncer bucal –, que, no imaginário social, vem carregada de desinformação, pré-conceitos, despreparo, desconhecimento e desimportância dada ao ensino de segmentos da população em situação de vulnerabilidade e fragilidade social.

De maneira geral, o câncer é uma enfermidade crônica degenerativa que apresenta um crescimento desordenado (maligno) de células, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (BORGES et al., 2009).

Entretanto, compreender esta enfermidade nas suas características gerais nem sempre leva ao entendimento de como ela se manifesta em situações específicas, como o câncer oral.

O termo “câncer oral” pode ser encontrado na literatura médica para designar

todos aqueles tipos de cânceres localizados na cavidade oral, incluindo a orofaringe, apresentando, como sítios anatômicos, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID, a base da língua (C01), outras partes não especificadas da língua (C02), glândulas salivares (C07/C08), gengiva (C03), assoalho da boca (C04) e palato (C06) (BORGES et al., 2009).

Ainda, Cunha et al. (2013) relatam que o câncer pode ser definido como um crescimento desordenado de células em pacientes suscetíveis à doença, resultante do desequilíbrio entre divisão e apoptose celular. O câncer de boca é uma doença de etiologia multifatorial. Os principais fatores de risco associados ao seu desenvolvimento são o consumo de tabaco – isoladamente ou associado ao álcool – e a exposição à radiação solar. Uma parcela representativa da população acometida pelo câncer de boca apresenta um perfil específico: gênero masculino, tabagismo e etilismo crônicos, idade variando entre a 4ª e 6ª décadas de vida, baixo *status* socioeconômico e residência em área rural.

Dados da Estimativa/2014 de Incidência de Câncer no Brasil (2014) definem que os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são tabagismo, etilismo, infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV) – principalmente pelo tipo 16 – e exposição à radiação ultravioleta (UVA) solar (câncer de lábio). Contudo, entre tais fatores, destacam-se o tabagismo e o etilismo. Estudos citados na Estimativa/2014 mostram um risco muito maior de desenvolver câncer na cavidade oral em indivíduos tabagistas e etilistas do que na população em geral, evidenciando a existência de uma sinergia entre essas duas práticas. Ressaltam ainda um aumento no risco de acordo com o tempo que a pessoa fuma, com o número de cigarros fumados por dia e com a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas.

A dieta também parece exercer um papel importante na prevenção desse tipo de câncer. Alguns estudos de base hospitalar analisados pela Estimativa/2014 reportam que o aumento da ingestão de frutas e vegetais contribui para a diminuição do risco de desenvolver essa neoplasia. As taxas de incidência para câncer de cavidade oral relacionado à infecção pelo HPV, como amígdala, base da língua e orofaringe, vêm aumentando entre a população de adultos jovens em ambos os sexos. Parte desse aumento pode ser em razão de mudanças no comportamento sexual (INCA, 2014).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se, para o Brasil, no ano de 2016, 11.140 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e

4.350 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres. Já no Estado do Rio Grande do Sul, os riscos são, respectivamente, 16,45 para os homens e 3,63 para as mulheres. Quanto à mortalidade, os coeficientes para o sexo masculino se mantiveram entre 3,73 e 4,12 (por 100 mil habitantes), enquanto que para o feminino eles se conservaram entre 0,75 e 1,07.

A região Sul apresenta uma das maiores incidências de câncer no Brasil, o que, em parte, pode ser explicado pelos altos níveis de consumo de tabaco e álcool (LOMBARDO et al., 2014). Esse argumento torna o estudo relevante.

Cunha et al. (2013) relatam que, em 2012, a estimativa para o estado do Rio Grande do Sul foi de 820 novos casos e, para a capital, Porto Alegre, 110. Constatou-se que, na Região Sul do Brasil, o câncer de cavidade oral é o 6º tipo mais incidente em homens e o 15º em mulheres.

Um estudo feito por pesquisadores do Instituto A. C. Camargo (2015) mostrou que o número de casos de câncer oral no mundo duplicou seu índice em pessoas com idades entre os 30 e 44 anos, principalmente entre os homens. O estudo, feito pela epidemiologista Maria Paula Curado, comparou o período de 2001 a 2010 ao de 1991 a 2000. A conclusão foi de que a incidência de câncer entre os homens nessa faixa etária subiu de quatro para dez casos a cada 100 mil habitantes. Entre as mulheres, o número passou de dois para cinco.

São situações que não decorrem de uma causa específica, mas de um conjunto de causas: a urbanização, a industrialização, a exposição frequente a agentes potencialmente cancerígenos e a maior expectativa de vida que contribuem para que o câncer assuma importância cada vez maior entre as causas de morte no Brasil. Em 1930, a doença representava menos de 3% dos óbitos ocorridos; em 1989, já se caracterizava como a segunda maior causa de morte por doença no Brasil (FREITA et al., 2014).

No âmbito internacional, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. Na ocasião, o CPOD médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6 dentes. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8, e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados

pelo baixo consumo de açúcares (BRASIL, 2012c).

Comparando-se o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPOD aos 12 anos semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), a Colômbia (2,3), o Paraguai (2,8), a Bolívia (4,7) e o Peru (3,7) (BRASIL, 2012c). Os resultados do Projeto SB Brasil (2010) indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPOD entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPOD entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2012c).

Estes dados estatísticos apontam para três questões quando se pensa a saúde em geral: (i) o modelo vigente de saúde é inegavelmente positivista, dualista, reducionista e mecanicista (PIETRONI, 1988), fato que concorre para a desconsideração da boca como um elemento importante para identificar a saúde do indivíduo; (ii) os prejuízos de uma leitura fragmentada e especializada sobre saúde favorecem equívocos incorporados a ele ao longo dos anos e colocam a saúde bucal como um fator secundário quando se pensa a questão de saúde; (iii) faz-se necessária a mudança desse paradigma, no sentido de integração das partes sem desprezar a importância do estudo das mesmas, ou seja, o contexto na área da saúde (principalmente quando se tem presentes as políticas públicas) caminha para a visão multidisciplinar que integra experiências e saberes de diversos profissionais em busca de um atendimento mais humano e completo do indivíduo.

Kovaleski, Freitas e Botazzo (2006) relatam que a saúde bucal deve ser discutida a partir da sociedade, seus condicionantes e suas necessidades coletivas. A compreensão dessa “boca social” tem muito a ser desenvolvida. Existe um processo de disciplinarização bucal, que é parte dos dispositivos de produção de indivíduos alienados, com sua autonomia diminuída. E as repressões da boca não terão consequências sobre a positividade da sua saúde? É neste específico sentido que Botazzo (2000) pergunta: “não podendo a boca gozar o tempo todo, viria por acaso adoecer disso?”.

Além disso, a boca mutilada é fator de exclusão social das classes pobres. Esse processo disciplinarizador conta, desde o final do século 19, com o auxílio da odontologia. Ela colabora com este processo ao situar sua prática num campo completamente acrítico e reprodutor dos interesses do capital, sem um compromisso

efetivo com a saúde das pessoas e das coletividades. Chegamos ao auge da inversão: a boca que consome o mundo agora deve ser consumida por uma área do saber (ou do mercado), materializada nas práticas profiláticas do dentista. A “bucalidade”, bem como o conjunto de debates que ela suscita, constitui um campo, até agora teórico, que representa a possibilidade da mudança, a negação desta odontologia e desta boca alienada, isolada e discriminada, por uma outra, mais autônoma, mais coletiva e politizada (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006).

Nesse sentido, o presente estudo – a inter-relação entre educação em saúde, saúde bucal e câncer de boca – justifica-se não só pelas lacunas na literatura acerca da visão integrada em saúde aplicada à formação docente e ao ensino na saúde, como também à necessidade de dar ênfase à importância desse ensino de maneira não formal (unidades de saúde, associação de bairros), como também na prática dos profissionais de saúde.

Freita et al. (2014) relatam que o câncer de boca, quando detectado precocemente, apresenta um índice de sobrevivência maior do que de outros tipos de câncer e a prevenção de uma neoplasia depende primariamente da identificação de fatores associados ao seu desenvolvimento, a exemplo, no câncer bucal, o tabagismo e o hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

O presente estudo busca estabelecer a relação entre educação em saúde e a sua interface com o câncer de boca e saúde bucal.

Para tanto, tomamos como hipótese de trabalho a ausência de um trabalho conjunto e interdisciplinar dos profissionais da saúde, que concorre para uma leitura simplista do ser humano que insiste em não compartilhar informações/dados, e a responsabilidade que pode promover a melhoria conjunta da comunidade profissional, que, por desconsiderar os indicativos da odontologia, dificulta uma educação em saúde. Logo, a ausência de trabalho interdisciplinar para educação em saúde bucal, implica no atraso e/ou na falta de diagnóstico do câncer bucal.

Os espaços de atuação na saúde pública precisam ser pensados como "comunidades de aprendizagem profissional" a partir da investigação compartilhada, da evidência informada, das soluções locais, da responsabilidade conjunta, da aprendizagem contínua e das práticas que permitam ser direcionadas a alguma coisa que corporifique a inventividade e a políticas de saúde mais abrangentes.

O autodiagnóstico dos problemas bucais é de extrema importância, uma vez que, quanto mais cedo for detectado qualquer tipo de problema e forem acionados

os serviços de prevenção primária, maiores serão as possibilidades de um tratamento mais rápido, mais econômico e com maiores possibilidades de sucesso (CARVALHO et al., 2010).

Contudo, tal situação preventiva não acontece frequentemente porque o processo de educação na saúde, que permite o compartilhar de informações e dados, o empoderamento ou compreensão do coletivo profissional – assim como dos pacientes sobre estas questões – evoluem a passos lentos, enquanto práticas sociais consolidadas.

Por esse motivo, o diagnóstico e tratamento precoces do câncer são essenciais para se alcançar um prognóstico favorável, já que o atraso comumente leva à necessidade da opção por modalidades de tratamento radicais ou mesmo à impossibilidade de realização de qualquer abordagem.

Ainda, a detecção do câncer e a conseqüente tomada de atitudes em estágios precoces acarreta diminuição na mortalidade, na morbidade e na mutilação decorrente da evolução da doença e do seu tratamento, bem como na redução de custos e no aumento das taxas de sobrevivência. Ao longo da última década, o câncer bucal tem apresentado uma taxa de sobrevivência de 50% em 5 anos. Tal taxa aumenta para 90% nos casos em que as lesões são descobertas com tamanho menor que 2 cm. Essa constatação torna o estágio clínico um fator preditivo de prognóstico da doença. Apesar da importância do diagnóstico precoce estar bem documentado, mais da metade dos pacientes com câncer bucal iniciam o tratamento quando as lesões já atingiram estágios avançados, situação em que a chance de sobrevivência em 5 anos cai para menos de 40%. É presumível, portanto, que em pacientes com menor período de atraso no diagnóstico um melhor prognóstico seja estimado (CUNHA et al., 2013). Ressalta-se, então, a importância das atividades educativas e de informação em saúde.

A educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, levando-se em conta o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico para a saúde coletiva (CARVALHO et al., 2010).

Logo, para que haja exequibilidade do projeto, pensou-se a partir de um estudo de caso (YIN, 2010) construir os argumentos de modo a potencializar os meios já disponíveis para fomentar, através da educação, uma oportunidade de aumentar os índices de diagnóstico precoce do câncer bucal e de doenças bucais em geral, aumentando a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

2 PROBLEMA

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a organização da atenção básica, que tem por objetivo a implementação da Vigilância à Saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde, de acordo com Koyashiki, Alves e Garanhani (2008). No entanto, este programa está deixando a desejar, pois, na área da saúde bucal, a ênfase do trabalho está sendo direcionada muito mais para a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais do que para a aplicação de métodos de prevenção e/ou repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, *apud* Pinto, 2000) mostram que 60% dos pacientes admitidos chegam com câncer de boca em estágio avançado e sem chance de tratamento curativo eficaz. Pinto (2000) afirma ainda que nos últimos 10 anos o quadro não sofreu alterações, evidenciando a falta de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas e o despreparo de alguns profissionais dentistas em detectar o câncer de boca em estágios iniciais.

Tal fato ocorre porque os profissionais deste programa trabalham de forma fragmentada e nada interdisciplinar, de modo que, com os instrumentos de reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, nem sempre se tem como identificar os costumes ou a experiência (os hábitos) da comunidade social local que possibilitem a compreensão da causalidade das doenças.

Nesse sentido, também os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil, como o SB Brasil, estão mais direcionados para a cárie dentária a partir do índice CPOD, para a doença periodontal a partir do Índice Periodontal Comunitário) (CPI) – no qual são avaliados o sangramento gengival, a presença de cálculo e a bolsa periodontal –, do Indicativo de Perda de Inserção Periodontal (PIP) e do edentulismo – Índice de Uso e Necessidade de Prótese Dental –, e nem sempre apontam para a presença de lesões bucais, até porque nos territórios de atendimento o uso dos serviços odontológicos está orientado para dar conta do imediato. **Destaca-se aqui o modelo biomédico de saúde voltado para cura e para a doença. Ainda, infelizmente, estamos imersos nesse modelo.**

Segundo Carrard et al. (2011), aproximadamente um terço da população tem,

no mínimo, uma lesão oral; as lesões mais comuns são candidíase oral, ulcerações e lesões proliferativas não neoplásicas.

Ainda, o câncer de cavidade oral é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. A última estimativa mundial apontou que ocorreram cerca de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos para o ano de 2012, por câncer de boca e lábio (C00-08). Desses, cerca de 80% ocorreram em países em desenvolvimento. As mais altas taxas de incidência foram observadas em populações da Melanésia, do Centro-Sul Asiático, da Europa Oriental, Central e Ocidental, da África e da América Central (INCA, 2014).

Considerando-se que (i) ao procurar o serviço odontológico, há um desconhecimento muito grande em relação à doença (câncer bucal) e que (ii) quando a doença está presente, isto se dá em razão de algum prejuízo à saúde bucal e da dificuldade de higienizar a boca, é de extrema relevância que se realizem estudos, aprofundando-se sobre o tema educação em saúde e diagnóstico precoce do câncer bucal na população adulta, sem deixar de se levar em consideração as outras doenças bucais, pois as mesmas influenciam na saúde geral do indivíduo.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é identificar quais os fatores que levam os indivíduos acometidos pelo câncer bucal a demorar para procurar ajuda – tanto do ponto de vista dos usuários acometidos pelo câncer de boca, quanto dos profissionais da atenção primária.

Como objetivos específicos, podemos citar as seguintes ações:

(i) apresentar para os gestores a(s) dificuldade(s) que o(s) paciente(s) diagnosticado(s) com câncer bucal, em acompanhamento e/ou tratamento, encontram, destacando importância da educação em saúde tanto dos usuários, quanto dos profissionais de saúde, a fim de que a saúde bucal também seja relevante para o quadro de saúde geral do indivíduo;

(ii) identificar as práticas em saúde, a fim de tornar o diagnóstico precoce do câncer bucal comum nas Unidades de Saúde da Família e facilitar o acesso ao serviço de prevenção do câncer bucal.

4 MARCO REFERENCIAL

Analisando-se as quatro dimensões do problema, que são: cuidado de si, aprendizagem, empoderamento e gestão, e suas implicações ou desdobramentos quando se pensa a correlação saúde/ educação, percebe-se que se faz necessária a diferenciação de cada um destas áreas de conhecimento ou planos analíticos.

A primeira – saúde bucal – refere-se a um intercâmbio entre o pesquisador de campo e as pessoas com quem ele trabalha, e deriva das relações pretendidas e estabelecidas na Unidade de Saúde. A segunda – educação –, refere-se às representações e ao modo como os usuários são atendidos.

É sabido que no trabalho realizado pela Unidade de Saúde todos, inevitavelmente, são responsáveis pelos serviços propostos. Entretanto, prestadores de serviço e usuários estão em posições diferentes e suas reações não são as mesmas, assim como acontece com quem atua em educação, isto é, são diferentes os lugares de quem ensina e de quem aprende.

Por isso, a presente dissertação trabalha com conceitos que dão ênfase a relações interpessoais e sociais específicas:

- a) relações interpessoais que destacam o individual, cuidado de si (autopercepção);
- b) relações sociais que se apresentam no pedagógico, aprendizagem (compartilhar conhecimento);
- c) relações sociopolíticas do empoderamento (educação preventiva); relação organizacional, gestão (forma de organização do cuidado de si) na unidade, é possível fazer algumas reflexões.

Considerando-se estas relações e as suas dimensões, inclusive para evitar controvérsias, apresentamos a seguir os conceitos utilizados na análise, que resultam de um trabalho de adaptação, recombinação das informações e “insights” acumulados de outras pesquisas, o que metodologicamente é chamado de pesquisa da pesquisa ou estado da arte.

Conceituemos:

Autopercepção, segundo o dicionário Aurélio, é a capacidade de se perceber no ambiente e contexto. Segundo Silva et al. (2009), é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo; é uma ação desenvolvida em situações concretas da vida e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular

os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem estar. O autocuidado, conforme nos valida a autora, tem como propósito o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo que contribui para o desenvolvimento humano. As ações que constituem o autocuidado são os requisitos universais, de desenvolvimento e de alteração de saúde.

O cuidado de si, na Antiguidade, significava para os gregos a busca no comportamento da vida social e pessoal e direcionava o viver, a conduta e a moral de cada pessoa. Com o advento do cristianismo, seu comportamento passou a ser conduzido por normas, buscando a estética da existência. Para Foucault, o cuidado é substituído pelo cuidado de si, o qual é oriundo do conhecimento socrático-platônico entendido pelo autor como a arte da existência, ou seja, o princípio segundo o qual convém ocupar-se de si mesmo derivando em imperativos sociais e elaborando saberes coletivos (SILVA et al., 2009).

Silva et al. (2009) relatam ainda que o autocuidado está centrado no paradigma da totalidade e adotam o pressuposto de que o ser humano é a somatória de suas partes: é a soma do biológico, psicológico, espiritual e social, além de sua adaptação ao meio ambiente. Já o cuidado de si está atrelado ao paradigma da simultaneidade, que aponta que a pessoa não é um ser somativo, pois todo é maior do que a soma das partes, assim como as partes são representativas desse todo. Outro aspecto a se considerar é que ao indivíduo não cabe unicamente se adaptar ao contexto, mas interagir com o mesmo, podendo ser transformado e transformar o meio ambiente.

Martins, Barreto e Pordeus (2008) relatam que a autopercepção da necessidade de tratamento reflete, em parte, o impacto que a doença tem sobre os indivíduos, evidenciando o grau das deficiências e as disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a respeito dessa condição.

O projeto SB Brasil 2010 apresenta dados sobre a autopercepção da saúde bucal. Observa-se que a grande maioria dos jovens de 12 anos estava satisfeita ou muito satisfeita com seus dentes e suas bocas, não havendo variação significativa entre as regiões. Por outro lado, verificou-se que, para os jovens entre os 15 e os 19 anos de idade das regiões Sudeste (18,0%), Sul (16,0%) e Centro-Oeste (19,5%), a prevalência de insatisfação com seus dentes e suas bocas foi significativamente menor do que a constatada nos jovens da mesma faixa etária da Região Norte

(36,2%). Na idade adulta, os indivíduos das regiões Norte (39,5%) e Sul (25,5%) destacam-se com significativas diferenças na prevalência de insatisfação com seus dentes e suas bocas. Na população idosa, não foram constatadas diferenças significativas entre as prevalências de insatisfação com os dentes e a boca entre as regiões do país.

Já Haika et al. (2011) relatam que, do ponto de vista prático, a autopercepção da saúde bucal tem impacto sobre a utilização dos serviços, sendo preditora de frequência por procura de atendimento. Como exemplo, nesse estudo, todos os idosos que autoperceberam negativamente sua saúde bucal e a maioria dos que autoperceberam como regular relataram a necessidade de ir ao dentista, conforme verificado em outras investigações. Haika et al. (2011) apontam ainda que estudos conduzidos entre idosos brasileiros têm observado autopercepção mais positiva entre edentados do que entre dentados, possivelmente por manterem poucos dentes e em precárias condições; já em estudos internacionais, onde a média de dentes presentes é maior, observa-se associação inversa.

A falta de esperança em obter acesso a tratamento odontológico – seja por questões financeiras ou outras dificuldades – parece ser decisiva entre os que afirmaram não necessitar ir ao dentista. Ainda, o presente trabalho evidenciou que a maioria dos idosos autopercebeu positivamente sua saúde bucal, embora tenham apresentado precário estado clínico e sofram impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida.

Considerando-se a dimensão pedagógica, segundo o dicionário Aurélio, aprendizagem é o ato ou efeito de aprender, tempo durante o qual se aprende, experiência que tem quem aprendeu.

Segundo Aulete (2004, apud COELHO, BORGES-ANDRADE, 2008), Ausubel, Novak e Hanesian (1983 apud COELHO, BORGES-ANDRADE, 2008.), Ferreira (1999 apud COELHO, BORGES-ANDRADE, 2008) e Salvador (1994 apud COELHO, BORGES-ANDRADE, 2008), os principais usos do conceito de aprendizagem na linguagem cotidiana referem-se a: (i) ação de reter algo, de fixar algo na memória, qualquer ofício, arte, ciência ou uma profissão (saber como, tornar-se capaz de); (ii) ato, processo ou efeito de obter conhecimento por meio de escolarização/estudo, ficar sabendo (de algo com alguma finalidade); (iii) aprender algo ou alguma coisa (conhecimento ou habilidade) por meio de escolarização e estudo, instruir-se em e instruir-se para; (iv) adquirir habilidade prática (em aprender

um esporte); (v) conhecimento ou habilidade obtido por meio de treino e/ou estudo, aplicada a principiantes em torno da aquisição de algo; (vi) reter algo na memória, esforço deliberado para se obter conhecimento sobre algo e que se relaciona à vontade de aprender; e (vii) vivência, carga afetiva e de sensibilidade, “aprendeu com a vida”.

Verifica-se, em geral, que os principais usos cotidianos do conceito de aprendizagem remetem à aquisição de algum tipo de conhecimento ou habilidade, por meio de atividades formais de instrução. Tais conhecimentos e habilidades são direcionados a algum tipo de desempenho. Os indivíduos aplicam o que foi adquirido para alguma finalidade (COELHO; BORGES-ANDRADE, 2008).

A aprendizagem torna-se significativa, segundo Ausubel et al. (1983 apud COELHO; BORGES-ANDRADE, 2008), caso se estabeleçam relações entre o conteúdo da aprendizagem e o repertório atual do indivíduo.

Gonzales e Duarte (2012) relatam que toda produção de conhecimento enfrenta um caráter de imparcialidade e incompletude e encontra-se em um embate no qual se veem tomados pela questão ética na pesquisa e na produção do conhecimento, esta que se depara com a produção de singularidade *versus* o social e a possibilidade de compartilhamento do saber. O ato de compartilhar conhecimento é bem complexo, pois muitos indivíduos não querem partilhar do seu conhecimento, enquanto muitos o têm, mas não conseguem transmiti-lo. Contudo, Paulo Freire afirma que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção (VALOURA, 2006).

Considerando-se a dimensão político-social, nas últimas décadas a saúde bucal não tem sido muito valorizada pelas pessoas em geral. A prevenção em odontologia no Brasil só passou a despertar interesse a partir do final da década de 70. A promoção da saúde em qualquer etapa da vida é um processo que pode afetar positivamente a qualidade de vida de uma população. Um trabalho comunitário integrado, de políticas públicas de saúde, com atividades de todas as áreas, exerce papel importante no estabelecimento do padrão socioeconômico da comunidade (CARVALHO et al., 2010).

Refletindo-se sobre educação, constata-se que esta é fator essencial no reconhecimento dos direitos do cidadão. Hoje, a necessidade de educação permanente tornou-se parte integrante da vida. A educação continuada pode contribuir como tarefa complexa e implica em criar novos significados e sentidos

para a higiene oral. Focar na teoria e na prática é fator primordial para que os programas de ensino em saúde bucal alcancem os objetivos desejados. A educação deve visar o pleno desenvolvimento da personalidade humana e o fortalecimento do respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades fundamentais (CHAVES, 1986). A educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, levando-se em conta o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico para a saúde coletiva (PAULETO et al., 2004 apud CARVALHO et al., 2010).

Segundo Kiyak (1993), há a necessidade de intensificar ações educativas de saúde visando instrumentalizar a população com os conhecimentos e técnicas de autoexame, possibilitando assim que se tenha uma população com mais saúde e mais qualidade de vida.

Quando relacionamos as práticas do cuidado de si com a promoção de saúde, salientamos que, no momento em que utilizamos medidas de cuidado de si, estamos adotando um comportamento ético pela vida, despertando a responsabilidade e a preocupação com o viver. Agindo assim, estamos promovendo a saúde (SILVA et al., 2009).

A definição de empoderamento, segundo Horochovski e Meirelles (2007), é próxima da noção de autonomia, pois refere-se à capacidade de os indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhes dizem respeito, escolher entre cursos de ação alternativos em múltiplas esferas – política, econômica, cultural, psicológica, entre outras. Desse modo, trata-se de um atributo, mas também de um processo pelo qual se aquire poder e liberdades negativas e positivas. Pode-se, então, pensar o empoderamento como resultante de processos políticos no âmbito dos indivíduos e grupos.

Gohn (2004) conceitua empoderamento como movimento de pessoas e comunidades sendo “protagonistas de sua própria história”.

Embora a palavra *empowerment* já existisse na língua inglesa, significando “dar poder” a alguém para realizar uma tarefa sem precisar da permissão de outras pessoas, o conceito de empoderamento em Paulo Freire segue uma lógica diferente. Para o educador, a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (VALOURA, 2006).

Segundo Dias (2012 apud Gonçalves et al., 2015), no empoderamento deve haver participação, conscientização e sensibilidade das pessoas envolvidas neste

processo, organizando a responsabilização entre quem conduz e quem recebe as informações e conhecimentos, ficando mais fácil a concretização da tomada de decisão pela família em realizar a ação efetiva de promoção e proteção da saúde bucal, com ênfase no autocuidado.

Nesta lógica, o empoderamento aumenta a perspectiva no controle das ações que atingirão a saúde e a vida das pessoas (GONÇALVES et al., 2015).

Considerando-se a dimensão organizacional, por fim, entende-se por gestão do cuidado a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder organizam-se e manifestam-se no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro (PIRES, 2005 apud PIRES e GOTTEMS, 2009). Pires et al. (2009) relatam ainda que a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como forma com que o cuidar revela-se e organiza-se na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas. Considerando-se os desafios colocados para que o Saúde da Família viabilize-se enquanto estratégia (re)ordenadora de relações de domínio – seja no âmbito da articulação entre serviços e níveis de atenção do SUS, seja no escopo da produção das ações em saúde (processo de trabalho) –, a politicidade do cuidado (gestão da ajuda-poder na construção da autonomia de sujeitos) aparece como alternativa importante para orientar a ampliação de cidadanias. Nesse sentido, referenciais teórico-metodológicos que contribuam para análise da gestão do cuidado no processo de trabalho do Saúde da Família, com foco na autonomia dos sujeitos envolvidos (sejam esses técnicos, gestores, profissionais de saúde, usuários ou comunidade), podem revelar as excentricidades, contradições, avanços e retrocessos desse programa/estratégia.

A gestão das práticas de saúde exige a discussão a respeito desta diversidade humana, do diálogo entre parceiros ou atores sociais, reconhecendo igualdades e diferenças instituídas biológica, social, política e culturalmente. O agir individual também traz a expressão dos aspectos culturais, sociais, afetivos e políticos que estão inter-relacionados na complexidade do ser humano e nas relações de cuidado. O conhecimento passa, então, a ser um marco fundamental em termos de organização do trabalho e processos de gestão, uma vez que este proporciona unidade à divisão anteriormente existente entre a concepção e a execução da tarefa.

Um sistema de saúde voltado à promoção da saúde demanda estratégias de gestão, cuja melhoria das ações deve constituir uma prática construtiva contínua. A gestão das práticas de saúde passa pela concepção de sociedade do conhecimento que enaltece o trabalhador do conhecimento também nas organizações de saúde, com potencial para criar novos produtos e serviços em interação com sua equipe em um ambiente gerador de conhecimentos materializados em produtos, processos e serviços. A gestão das práticas de saúde voltada para a promoção da saúde, para as políticas de atenção integral à saúde, para as necessidades de saúde da população, construindo possibilidades de o cidadão ser protagonista do seu cuidado a partir de equipes competentes ou potencializadas, é um constante desafio (ERDMANN et al., 2006).

Enfim, esse quadrinômio de cuidados de si, aprendizagem, empoderamento e gestão torna-se relevante na potencialização da educação em saúde e sua interface com o câncer de boca e saúde bucal.

A figura 1 busca materializar como estes conceitos-chave que balizam a análise deste estudo de caso – cuidado de si, aprendizagem, empoderamento e gestão – podem ser entendidos como espaço de transformação possível. Apresenta-se muito mais como a expressão gráfica que aponta para os diferentes aspectos e/ou dimensões conceituais que fazem a moldura do processo analítico proposto. De fato, a figura, enquanto recurso visual, serve para substituir os termos que nem sempre têm a possibilidade de evidenciar o processo e as implicações de cada conceito e suas dinâmicas. Tem por propósito facilitar ao leitor a interpretação do marco analítico proposto pelo pesquisador e é uma forma de compreender o marco analítico através de uma interpretação gráfica da teoria.

Neste propósito, a figura permite fundar o raciocínio. Supõe e pressupõe que a interpretação especificadora (o sentido da análise) é um modo de interpretação que amplia o sentido da leitura normativa além do contido em sua letra. Assim, se a mensagem/texto normativo contém conotações limitadas, a figura torna o trabalho do intérprete e a interpretação menos restritiva e mais ostensiva e radical.

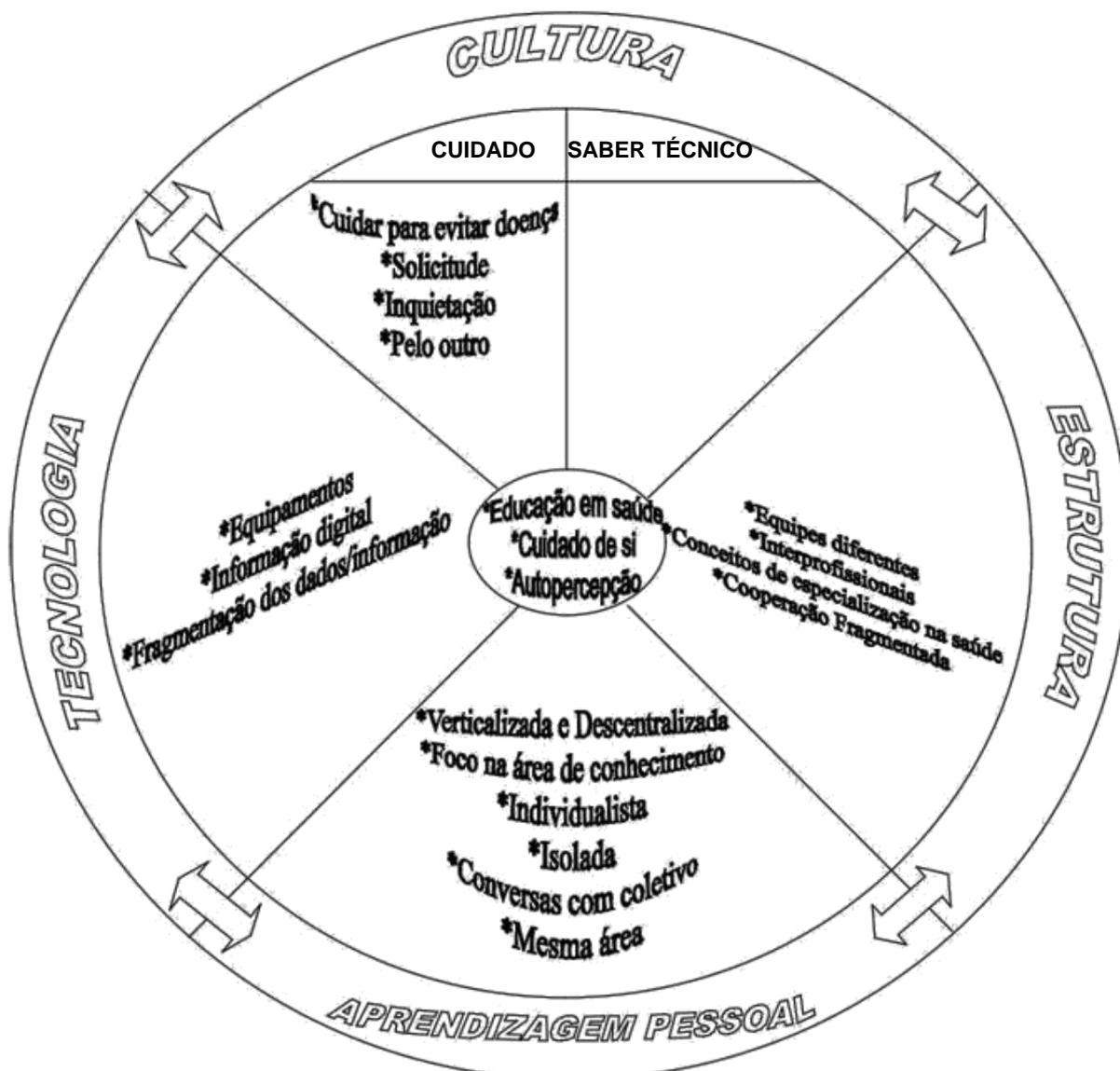


Figura 1 - Conceitos-chave, elaborada pelos autores

5 METODOLOGIA

A coleta de dados teve início a partir da aprovação do projeto de pesquisa em reunião na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, pois o município não possui Comitê de Ética em Pesquisa¹. Após essa etapa, o projeto foi inicialmente submetido para avaliação à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Medicina e, posteriormente, aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS pela Plataforma Brasil e aprovado, com parecer número 1.782.621, em outubro de 2016, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012b). Todos os sujeitos da pesquisa dispuseram-se livremente a participar dela, tendo sido entregue e assinado um Termo de Consentimento Informado (TCLE –Anexo A)

Os dados foram obtidos a partir de entrevista semi-estruturada, tratados segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Eni Orlandi (1994) e analisados à luz do referencial teórico de muitos autores mencionados a seguir.

A presente pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa e caracteriza-se como um estudo de caso.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, englobando importantes condições contextuais. O objetivo de um estudo de caso é o estudo de uma situação-problema que é analisada intensamente, a fim de apreender a totalidade desta situação-problema a partir da descrição e interpretação de informações derivadas de um ou mais casos concretos (YIN, 2010).

O campo de investigação é composto por duas Unidades de Saúde da Família, Natal I e II, que dividem o mesmo espaço físico, localizadas em Sapucaia do Sul.

Os sujeitos foram escolhidos de modo intencional. Os trabalhadores da equipe foram convidados em Reunião de Equipe. Já com os pacientes, entrou-se em contato através de telefonema e/ ou visita do Agente Comunitário.

No tipo de amostra intencional, o autor delibera quem são os sujeitos que comporão os estudos, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características possam, na visão do pesquisador, trazer informações importantes para o estudo em pauta (TURATO, 2008).

¹ Encontra-se em anexo o termo de aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul. (APÊNDICE D).

Foram excluídos do estudo os pacientes menores de idade, pois os pais teriam de autorizar a participação, e foram convidados a participar da pesquisa 2 (dois) médicos, 2 (dois) enfermeiros, 3 (três) técnicos de enfermagem, 1 (um) auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 8 (oito) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe Natal I e II². Logo, totalizamos 16 (dezesesseis) profissionais de saúde participantes³.

Ainda, foram convidados a participar da pesquisa 12 (doze) pacientes que freqüentam a Unidade de Saúde, sendo 6 (seis) pertencentes à Equipe Natal I e 6 (seis) pertencentes à Equipe Natal II. Dentre esses pacientes, estão os portadores de câncer bucal, sendo que 1 (um) pertence à Equipe Natal I e 4 (quatro) pertencem à Equipe Natal II.

O processo de coleta de dados foi composto por dois momentos: primeiro, pela cópia e análise das últimas atas de reunião de equipe⁴; segundo, através de entrevistas semi-estruturadas individuais com os usuários e alguns profissionais das Unidades de Saúde Natal I e II (Anexos B e C). As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, na Unidade de Saúde, em sala reservada (consultório odontológico), em data e horário previamente combinados, não interferindo no andamento do processo de trabalho das equipes de saúde. Estas mesmas entrevistas foram gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra, sem tempo de duração definido.

Os dados foram mantidos em sigilo e permanecerão em um banco de dados separado e de acesso restrito, sendo armazenados por um período de cinco anos e depois destruídos. Além do anonimato a todas as pessoas que participaram da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado que permita sua identificação, também foi garantida aos sujeitos de pesquisa sua participação voluntária e possibilidade de deixar o estudo em qualquer etapa, sem a necessidade de justificativa.

Primeiramente, mostrar-se-á a análise das atas de Reunião de Equipe do ano de 2015, pois no ano de 2016, poucas vezes fez-se ata para documentar esse momento tão importante de reflexão da equipe. Contudo, só foram analisadas as reuniões que tiveram pauta assuntos odontológicos, já que este é o foco da pesquisa. Além disso, essa análise contou com quatro variáveis para classificação:

² Existe apenas uma equipe de Saúde Bucal que atende a equipe Natal I e II.

³ Excluímos o profissional cirurgião-dentista, pois o único existente é a própria pesquisadora, que fará as entrevistas. Além disso, desde sua formação, esse profissional tem os pressupostos da saúde geral que contempla a saúde bucal do indivíduo, impreterivelmente.

⁴ Atas correspondentes a um período de janeiro a dezembro de 2015.

tecnologia de gestão, cultura do grupo, estrutura organizativa e aprendizagem.

Secundariamente, mostrar-se-á a análise das entrevistas semi-estruturadas com usuários e profissionais da atenção primária.

As falas transcritas das questões discursivas semi-estruturadas foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo. Foram classificados os dados através de leituras repetidas das entrevistas e mergulho analítico profundo, produzindo interpretações e explicações que procuraram dar conta das questões que motivaram a investigação.

No entanto, a entrevista da auxiliar em Saúde Bucal constará nos Anexos, já que existe apenas uma profissional dessa área que atende as duas equipes, Natal I e II, e esta profissional é a pesquisadora e entrevistadora, não podendo, por esse motivo, constar na pesquisa. Já que a auxiliar e a dentista trabalham juntas diretamente, os ideais e formas de trabalho tornam-se muito semelhantes, por isso alguns trechos da entrevista da mesma constarão na discussão e não nos resultados.

Os dados coletados foram organizados em informações secundárias ou indiretas e informações primárias ou diretas.

Informações secundárias ou indiretas são obtidas através da análise de conteúdo dos documentos/relatórios/atas de reunião de equipe. Houve a análise a partir dos seguintes elementos:

Os assuntos/temas relatados	A que variável este tema remete Tecnologia/cultura do grupo/estrutura/aprendizagem	Ideia Central

Tabela 1 - Tabela de análise das atas

Informações primárias ou diretas são obtidas através da análise de discurso das entrevistas semi-estruturadas. Essas informações de caráter primário, resultado das entrevistas, foram analisadas a partir do conjunto de respostas. Estas respostas ou conjunto de respostas foram organizadas (modeladas) de modo a permitir identificar a lógica do discurso dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde. Utilizou-se o mesmo critério para classificação das informações.

Respostas às perguntas realizadas	A que variável este tema remete Tecnologia/cultura do grupo/estrutura/aprendizagem	Ideia Central

Tabela 2 - Tabela de análise das entrevistas

As ideias centrais foram analisadas da seguinte forma:

- (i) coerência e/ou adequação entre o proposto pela unidade/programa e o realizado;
- (ii) posicionamento próprio, isto é, entre o proposto e o executado ou não executado, como se posiciona o profissional da saúde;
- (iii) tipos de distinção entre os discursos/depoimentos, isto é, como se apresentam as falas dos profissionais da saúde: se são convergentes, diferentes, antagônicas.

6 ANÁLISE DOS DADOS: RESULTADOS

6.1 ANÁLISE DAS ATAS

Segundo Orlandi (1994), texto é um objeto linguístico-histórico que se apresenta ao leitor como uma produção de sujeitos em uma dada situação.

Um texto expressa uma situação vivenciada pelos indivíduos e, como tal, pode ser analisada naquilo que ele expressa: a memória do dizer.

Como objeto de análise, é uma peça de linguagem de um processo discursivo muito mais abrangente. Como toda peça de linguagem, como todo objeto simbólico, o texto é objeto de interpretação.

A análise do discurso está, assim, interessada no texto não como objeto final de sua explicação, mas como unidade que lhe permite ter acesso ao discurso e a lógica que organiza o fazer de um indivíduo e/ou grupo. O trabalho do analista é percorrer a via pela qual a ordem do discurso materializa-se na estruturação do texto. É sua tarefa compreender como ele produz sentido e isto implica compreender tanto como os sentidos estão nele quanto como ele pode ser lido.

O foco da análise está centrado nas informações secundárias ou indiretas obtidas através da análise de conteúdo dos documentos/relatórios/atas de reunião de equipe, que tem como objetivo a representação condensada da informação conforme segue.

QUADRO 1	
ATA Nº 1 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Pedido de reunião com coordenador de saúde bucal, Secretário de Saúde e Apoiadora Cassiane para discutir atendimento nas escolas Plácido de Castro e Vanessa Ceconet.	Há falta de protocolos e orientação ao dentista de cada Unidade.
SÍNTESE	
A orientação e a forma de atuação dos profissionais na Unidade dependem	

muito mais de fatores gestionários externos à área de odontologia, pois, pelo que parece, cada dentista atenderá sua escola de referência da forma que achar conveniente.

Quadro 1 - Ata nº 1 - 2015/1

QUADRO 2	
ATA Nº 2 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Informação do período de férias da dentista e quem a substituirá.	É importante que as informações circulem na equipe.
2. Pedido para os usuários de próteses irem à Unidade para exame bucal. Motivo: aparecimento de casos de câncer de boca.	Há preocupação com os pacientes, a fim de encontrar diagnósticos iniciais, se for o caso.
SÍNTESE	
São repassadas informações dentro da equipe, a fim de que trabalhadores e usuários saibam do funcionamento da odontologia na Unidade de Saúde e do aumento do número de casos de câncer bucal.	

Quadro 2 - Ata nº 2 - 2015/1

QUADRO 3	
ATA Nº 4 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
Quando houver visita domiciliar e/ou a desistência da mesma, sempre informar.	Há falta de comunicação na equipe.
SÍNTESE	
A informação sobre as visitas domiciliares, sendo realizadas ou não, não está sendo repassada para equipe de odontologia.	

Quadro 3 - Ata nº 4 - 2015/1

QUADRO 4	
ATA Nº 5 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
Passar sempre o acolhimento odontológico para a equipe.	A recepção não estava passando todos os acolhimentos ou ficava em dúvida.
SÍNTESE	
A equipe não está capacitada e bem orientada a respeito do acolhimento. Acolhimento é um só: não existe distinção entre acolhimento odontológico e médico. Porém, na prática, existe tal separação.	

Quadro 4 - Ata nº 5 - 2015/1

QUADRO 5	
ATA Nº 6 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
Pedido da equipe odontológica para as Agentes Comunitárias de Saúde pedirem às mães, em visita domiciliar, para levarem as crianças no posto para atendimento odontológico.	Há a preocupação de que as crianças tenham sua primeira consulta odontológica cada vez mais cedo.
SÍNTESE	
Não há uma busca ativa para os pacientes que não procuram o posto de saúde com frequência (em especial, as crianças).	

Quadro 5 - Ata nº 6 - 2015/1

QUADRO 6	
ATA Nº 7 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
Informe de férias da dentista.	É desativado o serviço em determinado período. É importante que as informações circulem na equipe.

SÍNTESE
São repassadas informações dentro da equipe, a fim de que trabalhadores e usuários saibam do funcionamento da odontologia na Unidade de Saúde.

Quadro 6 - Ata nº 7 - 2015/1

QUADRO 7	
ATA Nº 9 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
Auxiliar em Saúde Bucal relata 28 faltas em consultas odontológicas em fevereiro e muitos acolhimentos. Acredita-se que com a agenda aberta acontecerão mais faltas.	Há a necessidade de reavaliar a forma de agendamento dos pacientes e o processo de trabalho.
SÍNTESE	
Há uma necessidade de se estar sempre pensando e reavaliando o processo de trabalho (maior integração com os agentes comunitários para evitar atendimento de urgência); há grande dificuldade de se encontrar uma adequada forma de acesso e prestação do serviço.	

Quadro 7 - Ata nº 9 - 2015/1

QUADRO 8	
ATA Nº 14 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Dentista conversa com a apoiadora para manter a agenda mensal e deixar o acolhimento em livre demanda.	A equipe de saúde bucal avalia que a forma que estão trabalhando é efetiva.
2. Enfermeira sugere à dentista que as Agentes Comunitárias de Saúde realizem o agendamento por escala.	A enfermeira percebe a necessidade de auxiliar a equipe de saúde bucal.
SÍNTESE	
O setor de enfermagem e os Agentes Comunitários podem, através de suas tarefas, auxiliar a qualificar o processo de trabalho odontológico.	

Quadro 8 - Ata nº 14 - 2015/1

QUADRO 9	
ATA Nº 15 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Nas consultas odontológicas de menores de 18 anos desacompanhados, a dentista pede uma autorização por escrito do responsável para seu respaldo.	Há a necessidade de atender a legislação (BRASIL, 2012a). Visto que a maioria dos procedimentos são irreversíveis, é importante um respaldo.
2. Comentários sobre a possibilidade de estruturação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	Há interesse em verticalizar o serviços odontológicos para continuidade no seu tratamento, sem precisar procurar o serviço particular.
3. A dentista pede às Agentes Comunitárias de Saúde se as mesmas têm interesse em capacitar-se para os casos de saúde bucal quando em visitas domiciliares e as mesmas confirmam (data: 02 de junho)	Nota-se ausência de informação sobre saúde bucal pelas visitadoras domiciliares.
4. Realizada a escala de agendamento odontológico das Agentes Comunitárias de Saúde.	O não agendamento dificulta a organização do setor odontológico e ocorre sobrecarga de trabalho para a equipe.
SÍNTESE	
A falta de protocolo normatizador do/para encaminhamento dos pacientes a um centro de referência dificulta um trabalho preventivo e de continuidade, acentuado pela ausência de um trabalho integrado (Agentes Comunitárias de Saúde).	

Quadro 9 - Ata nº 15 - 2015/1

QUADRO 10	
ATA Nº 16 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Dentista pergunta o que é necessário para realizar a vacina da gripe e os técnicos de enfermagem informam.	Prevê-se uniformização da informação a toda equipe.
2. A Agente Comunitária de Saúde informa à equipe odontológica da ação do dia 26 de setembro (dia do idoso) para que haja alguma ação relacionada à saúde bucal. Dentista diz que irá elaborar.	Há participação da equipe odontológica nas ações da Unidade de Saúde.
SÍNTESE	
Odontologia está integrada com os acontecimentos da Unidade de Saúde.	

Quadro 10 - Ata nº 16 - 2015/1

QUADRO 11	
ATA Nº 17 - 2015/1	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Agente Comunitária de Saúde sugere que a agenda da odontologia fique com elas no primeiro dia de agendamento e o restante dos dias, na recepção.	Há dificuldade em se realizar o trabalho em equipe.
2. Enfermeira sugere que a Auxiliar em Saúde Bucal faça o agendamento por acolhimento, mas após decide-se pelos Agentes comunitários de Saúde agendarem.	Há tentativa de auxílio dos outros trabalhadores.
3. Médico acha que a recepção não	Há tentativa de auxílio dos outros

tem de realizar o agendamento.	trabalhadores.
4. Ação do idoso terá a participação da odontologia.	Há participação da equipe de odontologia nas ações da Unidade de Saúde.
SÍNTESE	
Aos poucos, observa-se a inserção da odontologia nos processos de trabalho da Unidade de Saúde; porém, ao mesmo tempo, há uma dificuldade de articulação entre os profissionais da saúde para o trabalho em equipe.	

Quadro 11 - Ata nº 17 - 2015/1

Observação: Nas atas de número 3, 8, 10, 11, 12 e 13 – 2015/1, não foram apontados temas relacionados à odontologia.

Análise preliminar:

Neste momento, evidencia-se a pouca utilização de tempo da reunião de equipe e/ ou pouco entrosamento dos assuntos odontológicos com os demais.

QUADRO SINÓPTICO 2015/1

SITUAÇÃO	VARIÁVEL ANALÍTICA EVIDENTE	IDEIA CENTRAL
Situação 1: A orientação e a forma de atuação dos profissionais na Unidade dependem muito mais de fatores gerenciais externos à área de odontologia, pois, pelo que parece, cada dentista atenderá sua escola de referência da forma que achar conveniente.	Estrutura organizativa, tecnologia de gestão	As situações analisadas do primeiro semestre de 2015 apontam para os elementos de estrutura organizativa e tecnologia de gestão como fundantes do modo de atuar na unidade. Destacam-se: • questões de

<p>Situação 2: São repassadas as informações dentro da equipe, a fim de que trabalhadores e usuários saibam do funcionamento da odontologia na Unidade de Saúde e do aumento do número de casos de câncer bucal.</p>	<p>Estrutura organizativa, aprendizagem</p>	<p>adequação entre informação e comunicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • cultura dos profissionais em saúde de fragmentação, especialização; • não pró-atividade face a desinformação; desconhecimento do funcionamento da odontologia que na unidade dificulta encontrar um “<i>modus operandi</i>” de maior acessibilidade aos pacientes.
<p>Situação 3: A informação sobre as visitas domiciliares, sendo realizadas ou não, não está sendo repassada para equipe de odontologia.</p>	<p>Estrutura organizativa</p>	
<p>Situação 4: A equipe não está capacitada e bem orientada a respeito do acolhimento. Até porque o acolhimento é um só, não existe separação entre acolhimento odontológico e médico. Porém, na prática, existe tal separação.</p>	<p>Estrutura organizativa, estratégia de aprendizagem, cultura do grupo</p>	
<p>Situação 5: A importância de se realizar busca ativa àqueles pacientes que não procuram o posto de saúde com frequência (em especial, as crianças).</p>	<p>Estrutura organizativa</p>	

<p>Situação 6: São repassadas as informações dentro da equipe, a fim de que trabalhadores e usuários saibam do funcionamento da odontologia na Unidade de Saúde.</p>	<p>Estrutura organizativa</p>	
<p>Situação 7: Há uma necessidade de se estar sempre pensando e reavaliando o processo de trabalho. Há grande dificuldade de se encontrar uma adequada forma de acesso.</p>	<p>Tecnologia de gestão, estrutura organizativa, aprendizagem</p>	
<p>Situação 8: Setor de enfermagem e agentes comunitários podem, através de suas tarefas, auxiliar a qualificar o processo de trabalho odontológico.</p>	<p>Cultura do grupo, tecnologia de gestão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A qualificação no trabalho (especialização) concorre para uma cultura de grupo individualizada na formação e pouco integrada; • a maior qualificação dos profissionais da saúde dificulta propostas formativas, capacitadoras mais integradoras.
<p>Situação 9: A falta de protocolo normatizador do/para encaminhamento dos pacientes a um centro de referência dificulta um trabalho preventivo e de continuidade, acentuado pela ausência de um trabalho integrado (Agentes Comunitários de</p>	<p>Estrutura organizativa, tecnologia de gestão, cultura do grupo</p>	

Saúde).		
Situação 10: Odontologia integrada com os acontecimentos da Unidade de Saúde.	Estrutura organizativa	
Situação 11: Aos poucos, observa-se a inserção da odontologia nos processos de trabalho da Unidade de Saúde; porém, ao mesmo tempo, há uma dificuldade de articulação entre os profissionais da saúde para o trabalho em equipe.	Estrutura organizativa, tecnologia de gestão, cultura do grupo	

Quadro 12 - Quadro sinóptico 2015/1

Variáveis: tecnologia de gestão, cultura do grupo, estrutura organizativa, aprendizagem.

QUADRO 13	
ATA Nº 1 - 2015/2	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Notificação das informações do núcleo para direcionar à SMS para monitoramento.	Há subnotificação na área de odontologia; não há indicadores para monitoramento.
2. Indicadores precisam ser refinados – "não aparecem as faltas dos pacientes".	Há falha ou precariedade dos mecanismos de controle.
3. Pacientes fora de área sem comprovante de residência.	Agentes Comunitários não estão fazendo o seu trabalho de organizar a demanda para a área de influência geopolítica da unidade.

4. Falta de material odontológico, que implica na remarcação de pacientes	Há dificuldade de planejamento da unidade e da gestão (setor compras/control de estoque) ou grande volume de trabalho na área da odontologia.
5. Agendamento sem critérios	Este fato abre possibilidade para intervenções não técnicas (favorecimento de pessoas).
6. Relato/avaliação de capacitação com agentes comunitários feitos pela área	Agentes comunitários familiarizados com critérios de odontologia estão nas visitas domiciliares; pactuação na forma de acolher e atender.
7. Trazer para reunião de equipe os problemas do processo de trabalho	Há elementos para acompanhamento e monitoramento do modo de atuar individual e coletivo.
SÍNTESE	
Neste momento, evidencia-se que na área os problemas que interferem no processo de trabalho tem a ver com as questões administrativo-gestionárias (ausência de indicadores para monitoramento e fragilidade na relação unidade/pacientes).	

Quadro 13 - Ata nº 1 - 2015/2

QUADRO 14	
ATA Nº 2 - 2015/2	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Parada no atendimento clínico odontológico devido à falta de materiais.	Há dificuldade de planejamento da Unidade e da gestão (setor compras/control de estoque) ou grande volume de trabalho na área odontológica.
2. Orientação do Apoio Institucional para a não participação da odontologia na Campanha de Vacinação.	Há resistência à incorporação da odontologia na equipe.

3. Furto do compressor do Posto de Saúde Nova Sapucaia, acarretando maior demanda de atendimentos odontológicos para a Unidade Natal.	Há falta de organização da gestão, o que sobrecarrega outros profissionais.
SÍNTESE	
Neste momento, evidencia-se a pouca importância dada à odontologia do município de Sapucaia do Sul, onde falta estrutura de trabalho e inclusão nas equipes.	

Quadro 14 - Ata nº 2 - 2015/2

QUADRO -15	
ATA Nº 5 - 2015/2	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Área odontológica atendendo conforme a disponibilidade de material.	<ul style="list-style-type: none"> • Os limites da atuação estão dados pela gestão e fornecimento de materiais (setor de compras); • a forma de atuação não deriva da demanda ou necessidade da comunidade.
SÍNTESE	
A orientação e a forma de atuação dos profissionais na Unidade dependem muito mais de fatores gerenciais externos à área de odontologia, pois, pelo que parece, cada dentista atenderá da forma que achar conveniente até que se regularize a entrega de materiais.	

Quadro 15 - Ata nº 5 - 2015/2

QUADRO 16	
ATA Nº 8 - 2015/2	
TEMAS APONTADOS (FATO)	SIGNIFICADO
1. Será realizada uma palestra para os usuários na sala de espera, por motivo do dia do dentista; o tema é saúde bucal e agendamento.	A organização da demanda está não só no tempo, mas no espaço da Unidade; estratégia para por em evidencia uma área de atuação; instrução dos pacientes/usuários.

SÍNTESE
A organização do espaço na Unidade atua como fator de destaque da área de odontologia (organização da demanda/usuários) e, ao mesmo tempo, permite à comunidade ou aos usuários do SUS serem divulgados aqueles elementos e informações necessárias para a saúde bucal das pessoas.

Quadro 16 - Ata nº 8 - 2015/2

Observação: Nas atas de número 3, 4, 6, 7 e 9 – 2015/2, não foram apontados temas relacionados à odontologia.

Análise preliminar:

Neste momento, evidencia-se a pouca utilização de tempo da reunião de equipe e/ ou o pouco entrosamento dos assuntos odontológicos com os demais assuntos.

QUADRO SINÓPTICO 2015/2

SITUAÇÃO	VARIÁVEL ANALÍTICA EVIDENTE	IDEIA CENTRAL
Situação 1: Na área, os problemas que interferem no processo de trabalho tem a ver com as questões administrativo/gestionárias (ausência de indicadores para monitoramento e fragilidade na relação unidade/pacientes).	Estrutura organizativa, tecnologia de gestão, cultura do grupo	As situações analisadas do segundo semestre de 2015 apontam para os elementos de estrutura organizativa e cultura do grupo como fundantes do modo de atuar na Unidade.
Situação 2: Neste momento, evidencia-se a pouca importância dada à odontologia no município de Sapucaia do Sul, onde	Estrutura organizativa, cultura do grupo	

falta estrutura de trabalho e inclusão nas equipes.		
Situação 3: A orientação e a forma de atuação dos profissionais na Unidade dependem muito mais de fatores gerenciais externos à área de odontologia, pois, pelo que parece, cada dentista atenderá da forma que achar conveniente até que se regularize a entrega de materiais.	Estrutura organizativa, cultura do grupo	
Situação 4: A organização do espaço na Unidade atua como fator de destaque da área de odontologia (organização da demanda/usuários) e, ao mesmo tempo, permite à comunidade e aos usuários do SUS serem divulgados aqueles elementos e informações necessárias para a saúde bucal das pessoas,	Estrutura organizativa, estratégia de aprendizagem	

Quadro 17 - Quadro sinóptico - 2015/2

Variáveis: tecnologia de gestão, cultura do grupo, estrutura organizativa, aprendizagem.

6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

6.2.1 Análise das entrevistas dos profissionais

O conjunto de informações que segue abaixo diz respeito ao modo como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família percebem a temática em pauta. Salientamos que as informações ou recortes realizados foram feitos de modo a evidenciar o pensar daquele que fala e, ao mesmo tempo, permitir a compreensão da lógica do coletivo (Grupo de Profissionais da Atenção Primária)⁵.

PERGUNTA 1 – No seu cotidiano de trabalho, se fala algum assunto relacionado à boca?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Boca... Só com criança.
Médico 1	Nas consultas? É, não.
Técnico de enfermagem 1	Não.
Agente Comunitário 1a	Geralmente sim, mas tenho pensado, ultimamente, que eu devia inserir mais sobre isso nas VDs, assim. Acaba muita coisa, passa muitas vezes batido, né?!
Agente Comunitário 1b	Ju, pra te ter bem sinceridade, realmente a gente se atem à esse tema só quando é um caso bem específico, como é os dois casos que eu tenho na minha área agora.
Agente Comunitário 1c	Sim, converso bastante com eles. Eu friso mais nos pacientes que fumam. Aqueles que bebem nem sempre vão dizer que bebem. Mas os que fumam, porque a gente vê o aspecto das unhas, dos dentes, daí eu pergunto. Até o cheiro mesmo, eu pergunto bastante.
Agente Comunitário 1d	Sim.
Enfermeira 2	Falo... Hm... No acolhimento é mais quando surge alguma

⁵ As perguntas e respostas relatadas a seguir retratam diálogos entre entrevistador e entrevistado e, por esse motivo, apresentam marcas de oralidade (ex. uso de marcadores discursivos - *né*) e, como consequência, desvios à norma gramatical (ex. colocação pronominal, concordância, etc.).

	demanda, mas não é, não é habitual, a não ser que tenha alguma queixa, né, que agora eu já consigo direcionar para vocês. Mas durante as puericulturas e durante o pré-natal, sim, todas as vezes.
Médico 2	Sim, em ocasiões. Quando há pacientes que assistem a nossa consulta com algum problema que tem a ver com saúde bucal, sempre nós fazemos uma conversa sobre a importância da higiene bucal.
Técnico de enfermagem 2a	Como assim? Normalmente, a questão da dor de garganta, alguma coisa assim, a gente até observa alguma coisa. Se tiver alguma alteração, a gente sempre... Principalmente assim, teve ontem um caso de um paciente que ele tava com... Ele relatou com a língua inchada. Inchaço na língua, a gente passou para o médico. Que ele tava reclamando também de dor de garganta. Daí, se tem alguma coisa, eles passam para vocês. Aí, se a gente desconfia, a gente encaminha direto. Mais é a garganta mesmo. Não além disso.
Técnico de enfermagem 2b	Não.
Agente Comunitário 2a	Sim.
Agente Comunitário 2b	Sim.
Agente Comunitário 2c	(...) Se eu for orientada pela minha mestre, que é a minha doutora aqui do posto, que é a dentista, odonto, eu falo.
Agente Comunitário 2d	Às vezes, falo. Na maior parte das vezes, eu esqueço.

Análise:

Percebe-se que, na cultura da maioria dos profissionais de saúde, a questão da boca não faz parte do protocolo de procedimentos de consulta. A fragilidade ou o silêncio nas respostas indicam a estranheza da temática na sua prática cotidiana.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: cultura do grupo.

PERGUNTA 2 – Costuma perguntar ao paciente sobre hábitos de higiene bucal?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Só criança e adolescente. Adultos, não.
Médico 1	Não.
Técnico de enfermagem 1	Não.
Agente Comunitário 1a	Costumo sempre quando eu falo, é falar que prótese, porque o que eu mais noto assim, que nem quando eu fiz o trabalho, é que quem usa prótese não se importa muito com a saúde bucal, né?! Acha que tem que ir ao protético quando tem que fazer nova prótese e aí não faz esse acompanhamento. Aí eu falo de fio dental e quanto tempo que é a escovação.
Agente Comunitário 1b	Também eu vou te responder que, quando eu vejo que é um caso de uma criança que tem o dentinho todo preto, aí eu questiono a mãe, né, no caso dessa criança. Mas adultos, geralmente, eu nunca toquei no assunto até porque tem pessoas que podem se ofender, né?! Acham meio feio assim, né?!
Agente Comunitário 1c	Sim, só que eles não falam a verdade, né?!
Agente Comunitário 1d	Às vezes.
Enfermeira 2	Que nem eu falei, mais nas consultas agendadas. Durante os acolhimentos, acho que a gente peca um pouco porque acaba ouvindo mais a queixa, né, e não vendo tanto o todo assim todas as vezes.
Médico 2	Geralmente, sim. Fundamentalmente, para as crianças.
Técnico de enfermagem 2a	Não.
Técnico de	Não, geralmente não perguntamos.

enfermagem 2b	
Agente Comunitário 2a	Sim.
Agente Comunitário 2b	Também. Pergunto, sim.
Agente Comunitário 2c	Sim.
Agente Comunitário 2d	Às vezes também.

Análise:

Percebe-se que, na cultura (do grupo) da maioria dos profissionais de saúde, a questão da boca não faz parte do protocolo de procedimentos de consulta. Contudo, nas visitas domiciliares, percebe-se que os Agentes Comunitários de Saúde perguntam sobre hábitos de higiene e a saúde bucal acaba sendo abordada.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo e estrutura organizativa.

PERGUNTA 3 – Durante o seu trabalho, quando fala em saúde, o que costuma privilegiar: a) hábitos de saúde, b) queixas do paciente ou c) funcionamento do posto? Por quê?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Hábitos de sa..., queixas do paciente e funcionamento da unidade. Porque, geralmente, é a queixa que eles veem, é aquela demanda, o tempo também é curto, então, acaba se focando mesmo na resolução da queixa dele.
Médico 1	É, hábitos de saúde, queixas do paciente, o funcionamento do posto também. As três. É, eu acho que é mais uma questão de rotina de consulta. Então sempre tento ver a questão da queixa do paciente em primeiro lugar, que daí, da rotina que eu acabo desenvolvendo pras consultas, acaba entrando sempre o funcionamento do posto e nos hábitos de saúde, mas que então

	que diretamente nas provas da queixa. Eu sempre vou pegar primeiro a queixa do paciente, que é o que trouxe ele pra consulta e depois abordar esses outros assuntos também.
Técnico de enfermagem 1	Queixas de saúde, porque normalmente pelas queixas de saúde a gente vai avaliar a necessidade do uso do posto.
Agente Comunitário 1a	Eu sempre priorizo as queixas do paciente. Assim, coisas que chamam mais atenção. Referente que nem o acompanhamento quando é diabético e hipertenso, se está com queixa de dormência no braço, alguma dor no peito, falta de ar, essas coisas assim sempre me chamam mais atenção. Por causa do que tem ali. Já é um... Aí geralmente, se são fumantes ou não. Já é um “start” para dar AVC, alguma coisa assim. Então, pra prevenção.
Agente Comunitário 1b	O que eu costumo privilegiar, geralmente, vamos dizer assim, que eu dou mais ênfase, que eu anoto, as queixas muito das pessoas. Até pra trazer o caso pro posto para ser debatido, caso de repente precise de.
Agente Comunitário 1c	Mais a queixa do paciente naquele momento, né?! Na visita. O que ele tá me passando e sobre funcionamento do posto também eu acabo sempre falando. Das agendas, horário de vacina, de curativo. Sempre falo bastante. Porque é o que mais eles me perguntam assim nas visitas. Aí eu acabo falando mais.
Agente Comunitário 1d	Os três. Eu pergunto sobre os remédios que eles tomam. Eu pergunto sobre os dentes também, né?! O que eles fazem, quantas vezes eles escovam. Se eles vêm no dentista também.
Enfermeira 2	Acho que mais hábitos. É que depende. Na verdade acho que, dependendo da queixa, eu vou falar dos hábitos de saúde e vou acabar falando do funcionamento do posto até para poder ensinar o paciente como é que funciona, o que que é melhor para ele, para ele também se habituar em relação ao funcionamento.
Médico 2	Geralmente é sobre a saúde bucal do paciente.
Técnico de	A queixa do paciente.

enfermagem 2a	
Técnico de enfermagem 2b	Desculpa, deixa eu só pegar de novo. Aqui no trabalho é as queixas do paciente mesmo, né?! O que que ele refere. Até se fala no funcionamento do posto para ele e alguns hábitos de saúde, mas a ênfase lá e mais queixa dele primeiro, né?!
Agente Comunitário 2a	Queixas de saúde. Porque eu acho que tá ligada, né?! Na saúde. Só nas queixas ali, a gente já consegue ver um monte de coisa da saúde, né, Ju?!
Agente Comunitário 2b	O que eu costumo perguntar? Ai, acho que as três coisas, mas eles mais se queixam, né, do que eles estão sentindo ali naquele momento. (...) Acho que é. Depende de cada usuário que for visitar, porque geralmente eles têm, são bem humildes, não têm aquele costume de visitar o posto, de procurar o posto para atendimento médico, odonto. Aí acaba falando essas...
Agente Comunitário 2c	Como que funciona o posto e as queixas que eles têm. Geral.
Agente Comunitário 2d	Os três. Porque eu pergunto muito da saúde deles, o que tá acontecendo, o que que não tá, que medicamento toma, que medicamento não toma, o que ele tá achando do atendimento no posto, tudo mais. Esse tipo de pergunta eu sempre pergunto rotineiro e até eles mesmos, automático, já começam a falar as coisas, né?! Como paciente mesmo. A gente chega lá como agente de saúde e a conversa flui automaticamente.

Análise:

Observa-se que a maior parte dos profissionais enfatiza a queixa do paciente, que é a primeira coisa que ele apresenta quando chega à unidade de saúde em consulta e/ou acolhimento. Porém, ao se tratar de uma Estratégia de Saúde da Família, na consulta e na visita domiciliar, que é uma extensão do acolhimento, não há um procedimento sistemático neste sentido.

A preocupação maior está no atendimento às demandas, evidenciando uma atitude reativa e não pró-ativa na atuação do posto.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: tecnologia de gestão (não há um procedimento sistemático).

PERGUNTA 4 – Para você, o que é saúde bucal?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Saúde bucal... Hm... Higiene, cuidados com boca, dentes, língua, gengiva, tudo. Acho que é isso.
Médico 1	A saúde bucal seria a... Eu acho que faz parte da saúde do indivíduo como um todo. Tá?! Não é. Seria assim, a questão de higiene, seria a questão de higiene bucal, é prevenção, que entraria a questão do uso do fio dental, escovação, é queixas álgicas também relacionadas à saúde bucal.
Técnico de enfermagem 1	Saúde bucal, no caso. como tá a higiene dele, os cuidados que ele tem, a quantidade de vezes que ele vem ao dentista.
Agente Comunitário 1a	Saúde bucal é todos os cuidados com a boca, né?!
Agente Comunitário 1b	É como eu estava te dizendo no início da nossa conversa, a saúde começa pela boca, mas, infelizmente, eu acho assim que, como o brasileiro ele tem essa fama de não ter acesso ao dentista, não ter um tratamento adequado por falta de condições mesmo, financeira, né?! A maioria é particular. E daí no SUS, o tratamento que a gente tem geralmente é um tratamento paliativo, né?! O máximo que consegue, muitas vezes, quando tá com muita dor, a pessoa não tem condições mesmo e é obrigada a extrair o dente, então eu acho assim que, é complicada a situação.
Agente Comunitário 1c	Bom, pra mim antes não era tão importante . Eu não via tanta importância na boca. Depois quando vem o trabalho da odonto e as questões de vários aspectos, assim, que a gente vem trabalhando com a saúde bucal, eu botei isso como prioridade para mim e com os meus pacientes, porque eu cobro bastante deles. Para eles virem aqui, passar contigo. Que nem antes eu não sabia que poderia vir a cada 6 meses no dentista.

	<p>E agora eu tô cobrando deles quando foi a última vez que eles vieram. Porque a gente só perguntava, antes de não ter a dentista, se tua receita tava em dia, faz quanto tempo que tu vai no clínico, teus exames tão em dia. Só isso que eu perguntava. Agora não, agora eu pergunto mais sobre a odonto também (risos).</p>
Agente Comunitário 1d	<p>Bah...Olha, higiene bucal pra mim é cuidar dos dentes. Escovar. Alimentação também vale muito.</p>
Enfermeira 2	<p>(...) Ah... É difícil, a gente não se depara, a gente não para para pensar, né?! (...) Eu não sei, acho que não é o que é, mas é o que eu tô tentando, desde que tu veio para cá pelo menos, desde que eu trabalho, porque antes eu nunca trabalhei com dentista, né?! Hm... É que agora assim, faz parte da saúde, sabe. É a única coisa que eu consigo pensar. Saúde bucal faz parte da saúde. Não sei te dizer um conceito. Porque não é uma coisa que a gente fique pensando o tempo inteiro. Mas hoje eu consigo entender que faz parte do nosso trabalho assim porque eu tenho alguém que faz isso, que trabalha com isso e com quem eu posso, a gente pode contar num todo, assim.</p>
Médico 2	<p>Tudo que acontece a favor da prevenção do câncer bucal. Porque quando acontece que desde criança não se faz uma boa higiene bucal tem grande direito que no futuro esse paciente possa ter alguma doença bucal que possa culminar em um câncer bucal.</p>
Técnico de enfermagem 2a	<p>É todo cuidado tanto com a higiene oral, que envolve escovação, passagem do fio. Todo cuidado que tem com a boca. Ferimentos. Qualquer coisa referente à cavidade oral.</p>
Técnico de enfermagem 2b	<p>Olha, geralmente, eu penso que a saúde é muita coisa que acontece no corpo da pessoa. Como a pessoa. Vem da boca e a pessoa nem sabe que é, né?! Então, é muito importante o cuidado da saúde bucal. Tem doenças que a pessoa tem que vêm da boca e a pessoa nem sabe que é dali. Que às vezes só resolvendo esse problema já ajudaria bastante, né?! Pra mim</p>

	seria muito importante... Mesmo.
Agente Comunitário 2a	(...) O que que é? Não entendi a pergunta. Ter saúde bucal? Ter saúde bucal é tá tudo bem ali com a boca, né?! É ir regularmente no dentista. Não ter nenhuma queixa, né?! Para mim, isso é ter saúde bucal.
Agente Comunitário 2b	Ai, Saúde bucal... Tu tem que cuidar da tua higiene da tua boca, que é um espelho para ti depois para o dia a dia, né?!
Agente Comunitário 2c	Ahh eu acho que a antecipação do fato. Porque se tu não antecipar o que está acontecendo, tu não tem como prevenir. E se tu não prevenir, quando chegar a instalar o caos, daí muita coisa não dá para fazer, né?!
Agente Comunitário 2d	Para mim a saúde bucal é muito importante. Quando eu comecei a participar do núcleo, das informações mais profundas da saúde bucal, tanto no posto, nas integrações que a gente fez em sala, né?! Eu comecei a entender melhor, assim, um pouco mais a área, que a boca é muito importante para saúde da gente em si, mas isso eu não tinha noção quando eu entrei nessa área assim de agente de saúde. Muito pouco, pouco mesmo, quase nada é falado nos núcleos, no curso introdutório quando a gente entra.

Análise:

A formalidade e o conjunto de respostas protocolares sobre saúde bucal evidenciam duas situações: a) a fragilidade das respostas indicam a estranheza da temática na sua prática cotidiana e, b) muitos profissionais da saúde nunca pensaram nisso, mesmo trabalhando com a saúde do indivíduo como um todo.

A saúde bucal foi bastante relacionada com a higiene bucal. A odontologia, infelizmente, ainda está distante das outras profissões.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo, aprendizagem, estrutura organizativa.

PERGUNTA 5 – Como você identifica um problema de saúde bucal?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Queixa por dor de dente, uma halitose, alguma ferida na boca, muita afta de recorrência.
Médico 1	Através da queixa do paciente.
Técnico de enfermagem 1	No caso, a partir da queixa da pessoa.
Agente Comunitário 1a	Ai, ai... (risadas)... Eu tenho muito costume assim de ficar olhando para boca da pessoa quando eu tô falando, né?! Aí, mais ou menos, tu já tem uma ideia, né?! De como é que tá.
Agente Comunitário 1b	Como eu identifico? Bom, eu acho assim, oh, pela experiência que eu tô vivenciando, eu acho que é bom a gente já ficar bem alerta naqueles casos que as pessoas costumam dizer assim “bah eu tô com dificuldade para sentir o sabor dos alimentos, eu tô com uma feridinha que não cicatriza, tô com formigamento no lábio”... Eu acho que seria mais ou menos por aí, né?! Mas isso só porque eu já estou vivenciando esses casos, se não eu não saberia, né?!
Agente Comunitário 1c	Quando eles me trazem, assim, aí eu passo pra ti ou pra Erlete. Mas é quando eles me passam mais, assim.
Agente Comunitário 1d	Olha, eu vejo, quando eu vejo assim os dentes das pessoas quando abrem... Quando eu tô conversando que dá pra ver, assim, foi onde que eu entro, né?! Que eu pergunto quantas vezes escova, se escova. Principalmente para os fumantes.
Enfermeira 2	(...) Tu diz através das queixas, assim, de acolhimento, por exemplo? E, tipo, a última coisa que eu posso falar foi de uma mãe que trouxe, que veio para marcar consulta e ela veio para marcar para a filha também e falou que a filha tava com uma manchinha há um certo tempo na língua, e eu pedi para que ela trouxesse direto em acolhimento, assim. Em acolhimento contigo, né?! Não agendei consulta para ela. Então acho que através dessas queixas assim,
Médico 2	Por exame físico. Primeiramente, primeiramente por relatório, através de interrogatório com o paciente e se algo nos preocupa

	sobre alguma doença bucal ou algo que o paciente não conheça sobre saúde bucal como tal, então procedemos a fazer o exame físico de toda cavidade bucal.
Técnico de enfermagem 2a	É mais quando a gente observa algum ferimento, alguma queixa também, principalmente assim se tem... Hm... na língua, a questão da garganta, nos próprios dentes. Mas é mais a queixa mesmo do paciente. Até porque eles vêm com essa queixa para gente observar.
Técnico de enfermagem 2b	Eu não sei, eu sou meio chato assim, questão eu tô sempre olhando a minha boca, porque como eu sou, eu fumei bastante. Hoje eu não tô fumando mais. Mas eu fumei bastante, eu tava sempre olhando para ver se eu tinha alguma coisa diferente que qualquer coisa, eu já poderia correr antes, né?! Então é... como é que é? É isso aí, eu sempre procuro identificar uma coisa diferente para ver e procurar saber o que que é, né?! Não deixo passar muito tempo, até porque eu tenho medo, justamente, por causa do câncer. No paciente? Geralmente a gente não olha a boca, né?! Se ele tem alguma queixa referente à isso, a gente já passa direto para ti, né?! Mas às vezes até pelo hálito da pessoa, a gente já tem alguma coisa. O difícil é dizer pro paciente isso, né?!
Agente Comunitário 2a	O que que eu faço para mim identificar? Eu pergunto. Geralmente, adulto eu pergunto, né?! Através de perguntas assim e do relato das pessoas. E as crianças às vezes até no olhar, né?! Que a criança já vem assim de boquinha aberta e tu olha ali já.
Agente Comunitário 2b	Ai, às vezes é difícil porque as pessoas não querem receber, né?! Mas, assim, depois que eles acabam já conhecendo o serviço do agente de saúde, eles acabam falando que eles não têm o costume de fazer a escovação às vezes normais que tem que ser, né?! Aquelas três vezes, daí acabam tendo algum problema na boca, né?!
Agente	Uma berruga, um machucado que não cura. Mas, em geral,

Comunitário 2c	assim eu cuido mais é das crianças. Das bocas, né?! Pessoas mais de idade, eu deixo para senhora mesmo. Para doutora.
Agente Comunitário 2d	Eu, das poucas vezes que eu olhei alguma, olhei visualmente alguma boca ou que alguém relatou algum problema. “Ah... tô com uma aftazinha aqui, não sei que, ou tô com dor no meu dente”, daí a gente repara que muitas vezes a boca é suja, né?! Que a pessoa tem um dente sujo, ou que tá preto, ou que tem uma manchinha, alguma coisa assim.

Análise:

Pelos relatos, observa-se que os profissionais técnicos, que ficam mais dentro da unidade de saúde, identificam um problema de saúde bucal pelas queixas dos pacientes. Já os Agentes Comunitários de Saúde identificam o problema de saúde bucal através de conversas e observações dos pacientes – o que é ótimo, porque nem toda queixa é um problema, e nem todo problema vem acompanhado de uma queixa. Conhecer o paciente é o melhor para saber da saúde geral dele.

Destacam-se no conjunto de resposta a variável: estrutura organizativa/ tecnologia de gestão (divisão de tarefas/serviços).

PERGUNTA 6 – Para desenvolver melhor seu trabalho, alguém lhe falou sobre educação em saúde? Sim ou não? Se não, por quê?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Relacionado à saúde bucal? Em geral, sim, nas capacitações. Agora, focado assim na saúde bucal, não.
Médico 1	É sim ou não ou justificativa? Sim, no curso teve bastante coisa, na faculdade teve bastante coisa de educação em saúde e eu gosto dessa área também.
Técnico de enfermagem 1	Hm... Em geral? É na realidade só a parte que a gente aprende mesmo no curso sobre saúde, mas o resto não.
Agente Comunitário 1a	Alguns tópicos, sim.
Agente	Aham... Pode repetir a pergunta, alguém já? Aham... É

Comunitário 1b	educação em saúde... Na verdade, não recebemos esse tema, mas eu acho que é tudo que pode vir a ser usado, né, a favor da saúde.
Agente Comunitário 1c	Sim. Eu acho que é bem importante sempre ter capacitação assim, geral de doenças, de prevenção, porque é um aprendizado. Tu tá sempre estudando, sempre se atualizando. Acho que isso deveria ter sempre aqui na nossa unidade.
Agente Comunitário 1d	Só quando tu fala.
Enfermeira 2	Se alguém já me falou? Sim, acho que a gente trabalha educação em saúde, pelo menos na UFRGS, desde a faculdade, né?! Educação em saúde é uma das cadeiras principais, assim, bem no início da faculdade. Mas é uma coisa que a gente precisa fazer o tempo inteiro aqui. Isso é uma coisa que falta talvez na equipe.
Médico 2	Claro, porque isso são duas coisas que estão muito unidas, sempre para que haja uma saúde equilibrada no paciente, tem que estar uma saúde bucal boa, com uma saúde física e total do paciente em bom estado também.
Técnico de enfermagem 2a	Foi, foi comentado nas capacitações. Mas é bem, bem pincelado. Bem, bem por leve. Mais é no cotidiano mesmo que a gente vai...
Técnico de enfermagem 2b	Tanto no curso, como aqui no posto, na conversa com os médicos, tudo mais. A gente tem, a gente vai tentando saber alguma coisa para gente melhorar, aplicar no nosso trabalho, no nosso dia a dia. Acrescentar.
Agente Comunitário 2a	Sim. Porque é importante, né?! É uma coisa que não é tão falado, mas acho que de uns tempos para cá tem sido bastante abordado agora, eu acho.
Agente Comunitário 2b	No posto, né?! Ai aí... Pra pode passar a informação para o usuário nas visitas, né?!
Agente Comunitário 2c	Sim. Várias vezes.

Agente Comunitário 2d	Sim, mas como eu falei, assim, a gente faz um curso introdutório e só é relatado a parte do corpo em si, assim, do pescoço pra baixo. A boca, isso não, não se comenta.
-----------------------	---

Análise:

Parece que muitas pessoas não sabem o que é educação em saúde. Quem não teve esse aprendizado em seu curso de base, seja ele curso de graduação, curso técnico ou mesmo no introdutório – no caso, dos Agentes Comunitários – tenta aprender em núcleos (educação permanente).

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo, estrutura organizativa, aprendizagem.

PERGUNTA 7 – Na sua realidade de trabalho, já apareceram casos de câncer bucal? Sim ou não? Se sim, quantos? O que fez? Se não, por quê?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Sim, aqui. Hm, encaminhei para odonto. Era uma queixa de uma ferida na boca. Daí foi encaminhado para odonto. Ela solicitou os exames, a biópsia e daí veio confirmado.
Médico 1	É... suspeita clínica, sim. Mas o diagnóstico, daí eu encaminhei para você. Foi feito o encaminhamento para dentista.
Técnico de enfermagem 1	Não. Eu acho que por não ser falado mesmo.
Agente Comunitário 1a	Já. Na minha área tem um, né, que foi encaminhado há pouco.
Agente Comunitário 1b	Sim, eu tô, na verdade, com 2 casos na minha área. Um está esperando o tratamento e outro ele deixou de fazer a cirurgia e hoje ele tá, então, na verdade, tentando correr atrás do prejuízo, muito embora a gente sabe que agora acho que não tem muito mais coisa o que fazer, né?!
Agente Comunitário 1c	Não.
Agente	(...) Eu sei de gente que tem, né?! Mas, assim, na minha área

Comunitário 1d	eu não me lembro, assim, de casos que veio pra cá, né?!
Enfermeira 2	Sim, vários. É que a minha dentista sabe diagnosticá-los bem. Foram todos encaminhados, dentro da medida do possível. Alguns com êxito até então, outros pacientes vieram a falecer... Inclusive da nossa microárea.
Médico 2	Sim, tive a experiência de um caso em curso, que nesse momento já faleceu, causado por um câncer de boca.
Técnico de enfermagem 2a	Sim. Aproximadamente, acho que foram uns 2 ou 3, não me lembro agora exato. É... Foi encaminhado, tá em tratamento, foi. Eu sei que 1 ou 2 deles já fizeram cirurgia. Mas foi tudo encaminhado para Porto Alegre, né?! Pra o ponto de referência que a gente tem.
Técnico de enfermagem 2b	Ah, já. Apareceu sim. Não, dali eu sei que foi encaminhado para ti e daí foi tomado as providências. Mas eu não sei o que aconteceu com o paciente, né?!
Agente Comunitário 2a	Vários. Com os casos? Ahh... Foi todos... A princípio cada um fez o que pôde, na medida do seu trabalho, cada um fez o que pôde. Encaminhou, tratou e continuamos acompanhando, né?! Na minha parte? Acho que foram uns 3 ou 4 na minha parte. De boca, sim.
Agente Comunitário 2b	Olha, na minha área eu tenho uma, mas que era de uma outra colega que está morando agora na parte que eu atendo. Sim, ela acabou operando, né?! Daí ela faz os acompanhamentos dela, como ela deve fazer com orientação, né?!
Agente Comunitário 2c	Não. Porque o que já tinha tido, já tinha operado quando eu cheguei a pegar a área dele. Já tinha feito a cirurgia e tirado todo o assoalho da boca, né?! Já tava bem complicado, mas ele conseguiu solucionar, daí eu visito ele ainda e falo sobre a bebida e o cigarro e tudo, né?! Oriento ele que ele já passou por isso, tá se recuperando bem e deve tomar alguns cuidados. Mas não cheguei a pegar quando o fato tava mesmo de fato acontecendo.
Agente	Não, na minha área não.

Comunitário 2d	
----------------	--

Análise:

Na Unidade de Saúde, desde agosto de 2013 até setembro de 2016 (realização das entrevistas), apareceram 8 casos de câncer bucal. Todos eles foram passados para o médico, enfermeira e agente de saúde da área, já que o diagnóstico cabe ao dentista, com encaminhamento para o especialista. Convém destacar que o procedimento é fragmentado e não faz parte do protocolo passar em reunião de equipe a fim de que todos conheçam o caso e saibam seu encaminhamento e desfecho, até para que quem tem maior contato possa relatar a sua experiência e a forma como pode ajudar.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: aprendizagem e estrutura organizativa.

PERGUNTA 8 – Conhece os sintomas do câncer bucal?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Não, só mesmo o aparecimento da ferida.
Médico 1	Sim. Seria queixa de dor, principalmente, acho, dor. Queixa de câncer: emagrecimento, às vezes pode dar febre também. Linfonodomegalias. Não sei se pode dar alteração também no hálito. Mas acho que o principal é dor.
Técnico de enfermagem 1	Não.
Agente Comunitário 1a	Não.
Agente Comunitário 1b	É, os sintomas, então, eu acho que alguns deles, porque deve ter uma coisa assim, não deve ser uma coisa bem fácil assim de diagnosticar, né?! Mas acho que um deles, o mais claro, é a ferida que não cicatriza, né?! E formigamento também no lábio, né?! Dificuldade pra sentir o sabor dos alimentos, essas coisas assim.
Agente	Também não.

Comunitário 1c	
Agente Comunitário 1d	Não.
Enfermeira 2	Alguns, depois de toda essa, de todos esses pacientes que a gente teve, comecei a procurar mais assim. Alguma coisa eu sei identificar. Acho que sim.
Médico 2	Sim.
Técnico de enfermagem 2a	Não.
Técnico de enfermagem 2b	Não. Às vezes. O máximo que eu sei e que eu digo é identificar uma coisa anormal que não estava ali. Eu fico com medo de pedir ou eu procurar ajuda ou encaminhar o paciente para procurar alguma ajuda a respeito disso. Mas eu não saberia te dizer se seria um câncer ou não, né?!
Agente Comunitário 2a	Sim.
Agente Comunitário 2b	Hm... Agora me pegou, Ju... (risadas). Não, não.
Agente Comunitário 2c	Conheço porque eu fiz o curso aquele de saúde bucal, né?!
Agente Comunitário 2d	Muito pouco.

Análise:

Observa-se que a maioria dos profissionais não conhece os sintomas do câncer de boca, fato que reforça a fragmentação provocada pela especialização e o modo de atuar na saúde, situação que acontece independente do fato de ser a Unidade que mais apresentou casos dentro de Sapucaia do Sul.

Por outro lado, tal situação sinaliza a pouca eficácia das palestras realizadas em salas de espera; poucos colegas participam delas e aqueles que delas participaram relataram não saber reconhecer os sintomas. Logo, percebe-se que essa forma de educação em saúde talvez não seja efetiva para levar o conhecimento para os profissionais de saúde, até porque poucos se motivam a participar.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo e aprendizagem.

PERGUNTA 9 – Você realiza o acolhimento?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Acredito que sim. Eu sempre, além da queixa, eu sempre procuro falar alguns cuidados. Quando é mulher ou até homem, volto para sexualidade, outras partes do organismo. Mas, realmente, eu nunca me dei conta assim da boca. De ver também a boca, né, como uma importância assim de cuidado em saúde.
Médico 1	Em relação ao acolhimento de saúde bucal? Sim, acho que sim.
Técnico de enfermagem 1	Sim.
Agente Comunitário 1a	Não.
Agente Comunitário 1b	Nas minhas VDs? Eu acho que sim. Dentro do meu, da minha limitação, acho que sim.
Agente Comunitário 1c	Sim.
Agente Comunitário 1d	Não. Pra isso, não. Se tiver que fazer as perguntas igual as que a gente faz na casa, a gente escuta as pessoas, sim.
Enfermeira 2	De saúde bucal? O acolhimento no geral de todas as queixas, sim, todos os dias. Mas de saúde bucal eu acho que eu preciso ter mais conhecimento para me sentir mais segura. Não que eu não faço, como eu falei esse último que me vem a cabeça, mas acho que eu posso fazer melhor.
Médico 2	Não precisamente. Diretamente com saúde bucal, não. Eu aproveito o espaço da minha consulta para fazer um exame geral, que inclui exame bucal, também. Em caso de alguma dúvida, interconsulta, avalio o caso com a dentista que trabalha em nosso posto.

Técnico de enfermagem 2a	Odontológico, não. Outros acolhimentos, sim. Geral, sim, mas odontológico não.
Técnico de enfermagem 2b	Acolhimento de verdade eu acho que não. Acolhimento, acolhimento eu acho que não. A gente ouve a queixa, dá orientação, passa para o médico ou até para ti. Mas o acolhimento com o paciente mesmo, a gente fica bem devedor.
Agente Comunitário 2a	Sim.
Agente Comunitário 2b	Acho que em partes. Não total.
Agente Comunitário 2c	Se eu for autorizada, sim. Através de conversa, sim. Mas só examinar eu não posso.
Agente Comunitário 2d	Se eu acolho assim? Sim.

Análise:

A partir das respostas, percebe-se que a maioria diz acolher porque faz parte do seu modo de operar profissional. Entretanto, a lógica da "escuta" ainda não é compreendida por muitos profissionais.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo e estrutura organizativa.

PERGUNTA 10 – Deseja dizer ou perguntar algo?

Entrevistado	Respostas
Enfermeira 1	Não, eu acho que o trabalho vai ser bem bacana se nós tivermos um retorno assim até pra... Como tu disse, de uma educação, porque às vezes fica aquela coisa assim... Tá, a gente sabe que tem a odonto, que tem a dentista, mas quando eles vêm, aí, com dor de dente, já vai direto, não vem pra nós. Então parece uma coisa distante, pra nós, tratar questão de boca. Ver a boca como uma parte que também precisa de cuidados, de atenção. Criança sim, criança eu reforço desde

	bebezinho para a mãe passar a fraldinha, adolescente, mas o adulto não. Então se a gente tiver um retorno, uma capacitação...
Médico 1	Não.
Técnico de enfermagem 1	Não, tá bom.
Agente Comunitário 1a	Não.
Agente Comunitário 1b	Eu acho que tá tudo muito bem assim. Eu acho muito válido o teu trabalho, porque realmente eu acho que a saúde em geral do brasileiro tá precisando dar mais ênfase à saúde bucal, porque a gente dá tanta ênfase em outros, vamos prevenir isso né?! De câncer de mama, etc., câncer de colo do útero, mas ninguém fala na boca, né?! É bem por aí mesmo.
Agente Comunitário 1c	Tá suficiente.
Agente Comunitário 1d	Não, tá bom.
Enfermeira 2	Acho que era isso.
Médico 2	Ah, sim... Quero fazer um comentário porque temos notado uma alta incidência de câncer bucal aqui no Brasil. Nos preocupamos com isso e acreditamos que também há pouca informação por outros meios que são meios de informação: televisão, jornal e etc., que não prestam a atenção necessária para a informação, para a população, sobre a importância de evitar. Porque se pode evitar de forma profilática, gerar o câncer de boca. Porque, infelizmente, sempre o paciente chega no nosso serviço quando já tem uma patologia ou em começo, ou já avançado, que o procedimento é muito diferente de fazer promoção em saúde bucal.
Técnico de enfermagem 2a	Olha, acho interessante em todo e qualquer acolhimento, tanto odontológico tudo, sempre seria uma capacitação de tempo em tempo. Isso aí seria... Até para nós, alguma coisa seria

	interessante até para a gente avaliar no acolhimento normal, a gente ter um pouquinho do acolhimento odontológico. A gente não tem nenhum. E essa parte a gente não sabe. Seria interessante, quando der, a gente ter essa capacitação. Seria bastante interessante. Que normalmente se divide, a parte clínico geral e a odonto . Que daí fica, às vezes fica precário. Às vezes, alguma coisa pra gente poder observar e acaba passando em branco. Seria interessante.
Técnico de enfermagem 2b	Não, em relação a isso tá tranquilo.
Agente Comunitário 2a	Sobre o câncer? Não, acho que não. Acho que de uns tempos pra cá, tem se falado mais, né, sobre o câncer, a gente tem ficado mais informado, né?! A única coisa ruim que a gente lamenta é os encaminhamentos, né?! Que tudo demora. Tudo é muita burocracia. Questão do SUS, né?! A gente não tem pra onde mandar. Tem que mandar esperar. Às vezes precisa de um especialista ou outro que o SUS não tem e a pessoa tem que pagar do próprio bolso. Aí fica complicado. Mas eu acho que a nossa parte de ESF e de Agente de saúde a gente faz. Só fica mais ruim assim quando depende de terceiro, né?!
Agente Comunitário 2b	Tá bom. (...) Não sei se foi bom, né, Ju?!
Agente Comunitário 2c	Não. Eu quero dizer que o problema da saúde bucal é uma coisa que esperou muito tempo para ser divulgado, muito tempo. Ninguém tem noção de que, se usa chapa, tem que vir na doutora, tem que vir consultar. Precisa da unidade. Então, acho que é uma coisa que demorou muito, muito para começar a trabalhar sobre isso. Mas é uma boa ideia começar agora, né?! Já que a senhora...
Agente Comunitário 2d	Eu queria dizer que isso pode ser usado mais, comentado mais, falado mais. Ter mais introdutórios, mais palestras, mais coisas voltadas a ensinar a gente a verificar uma questão dessas. Que a boca também é muito importante, isso. Eu acho que isso faz

	<p>muita diferença, assim, porque para mim fez. Depois nas aulas que a gente teve aqui, né?! Nas palestras que a gente teve. no posto. Isso é muito importante. A gente não tem fora do posto, se ninguém doutor dentista não se habilitar em fazer uma coisa assim para gente, a gente não tem conhecimento nenhum. Então acho que isso deveria ser mais aprofundado e mais introduzido nesse introdutório que a gente faz no início quando entra, e durante também, porque sempre se aprende coisas novas, né?!</p>
--	---

Análise:

Para os entrevistados, a odontologia ainda é um campo desconhecido. Em consequência disso, o câncer bucal ainda é pouco divulgado. Falta informação, mesmo sendo crescente o número de casos. Ainda são poucos ou pequenos os encaminhamentos para a atenção terciária (a responsável por estes casos).

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo, estrutura organizativa, tecnologia de gestão, aprendizagem.

6.2.2 Análise das entrevistas dos usuários

O conjunto de informações que seguem diz respeito ao modo como os usuários da Estratégia de Saúde da Família percebem a temática em pauta. Salientamos que as informações ou recortes realizados foram feitos de modo a evidenciar o pensar daquele que fala, e, ao mesmo tempo, permitir a compreensão da lógica do coletivo (Grupo de Usuários da Atenção Primária).

PERGUNTA 1 – No seu cotidiano, você fala ou se preocupa com a saúde da boca?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Não, nunca.
Usuário 1b	Sim, eu sempre me preocupei com a questão da saúde bucal desde muito nova. Eu já tive problemas com dente desde muito

	nova, assim criança, porque eu tinha uma alimentação péssima. Então sempre tive um cuidado muito grande com a questão dentária.
Usuário 1c	Sim.
Usuário1d	Muito, eu acho muito importante a saúde da boca.
Usuário 1e	Sim.
Usuário 1f	Muito, quase todos os dias, né?! Tanto com filho, como com marido, né?!
Usuário 2a	Sim, agora mais ainda, né?! Sim, mas não tanto o suficiente porque eu fumava e tudo. Agora não, né, não mais.
Usuário 2b	Sim, toda vida. Não, sempre não. Eu sempre me preocupava com os dentes bonitos. Mas não sabia que ia dar esses problemas de câncer, eu não sabia. Sim, bonitinhos. Sempre me preocupei.
Usuário 2c	Ah... Para ser bem sincera, né, doutora, era aquela escovação de sempre rápida, que eu sou uma pessoa muito agitada, preocupada com uma coisa e com outra, né?! Mas eu me arrependo. Eu acho, não, eu tenho certeza que a pessoa tem que pensar primeiro “ah, né, na saúde”, porque tu vê, né, se não fosse eu tô aqui no posto seria, né?! A minha sorte é que eu trabalhava aqui (...), daí tive a sorte, né, doutora?! Você é uma pessoa competente que viu e teve a coragem de me dizer, né?! Que tem dentista. Tu vê, eu fiz avaliação com vários dentistas, queria fazer uma prótese, e todos viram e nenhum falou. Tu foi a única que teve a coragem de falar.
Usuário 2d	Sim.
Usuário 2e	Sim.
Usuário 2f	Sim.

Análise:

A maioria dos usuários tem uma noção de saúde bucal rasa; entende saúde bucal sendo equivalente a preocupação com dentes, desconhecendo lesões compatíveis com câncer bucal.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo e aprendizagem.

PERGUNTA 2 – Quando em consulta, alguma vez lhe perguntaram sobre hábitos de higiene bucal? Tanto em consulta médica, quanto odontológica.

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Também não.
Usuário 1b	Não, nunca me perguntaram.
Usuário 1c	Não, só no dentista.
Usuário1d	Sim. Não, médica não. Dentista.
Usuário 1e	Só odontológica.
Usuário 1f	Médica, não; mas de dentista, sim. Inclusive (...).
Usuário 2a	Não, porque faz tempo que eu fui no dentista pela última vez, né?! Faz uns 3, 4 anos. Não, não, não.
Usuário 2b	Só a dentista uma vez perguntou. Há muito tempo atrás. O médico, não. As dentistas quase sempre perguntavam. Recomendavam bem.
Usuário 2c	Nunca, nunca.
Usuário 2d	(...) Só limpeza, só. Sim. De médico, não. Só de dentista.
Usuário 2e	Não.
Usuário 2f	Só em consulta de dentista.

Análise:

Percebe-se que, na cultura da maioria dos profissionais de saúde, a questão da boca não faz parte do protocolo de procedimentos de consulta. Durante os questionamentos, os usuários deixam claro que só o dentista questiona sobre os hábitos de higiene bucal.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: estrutura organizativa.

PERGUNTA 3 – Quando abordado por algum profissional de saúde, qual sua demanda: a) hábitos de saúde, b) queixas do paciente, c) funcionamento do posto? Por quê?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	É que eu nunca fiquei doente, né?! Assim, quanto à saúde? Mas é, é isso. Eu, todo tempo que eu fiquei doente, acho que 3 vezes, mas tudo de machucado, nunca foi assim de doença de... Nunca. O posto eu vim a frequentar, agora, há 4 anos atrás, 5 anos. Talvez porque não via a necessidade, né?! Era a questão assim de estragar o dente. Botei uma prótese em cima que estragou o dente, doía, arranca e põe a prótese, pronto. Fui umas 3 vezes acho que no dentista. A não ser quando criança. Quando criança, eu ia seguido. Os pais é que mandavam. Eu ia, ia. Mas depois da adolescência, nunca mais fui. Fui com 40 anos no dentista.
Usuário 1b	Não, normalmente é sobre a minha queixa. Primeiro é a queixa. Eu não sei se é o hábito, porque normalmente a gente já chega aqui com dor, né?! Normalmente é dor. Então a única coisa que tu quer saber é como solucionar essa dor. Acho que seria por isso.
Usuário 1c	Ai, a gente se queixa, né?! (risadas) Eu acho que quando a gente tá sentindo alguma coisa, né, daí procura se queixar pra ver se vai achar um profissional pra me ajudar.
Usuário1d	Geralmente, eu respondo o que me perguntam, né?! A gente entra ou as moça, como que é... É... As agentes perguntam se a gente precisa de qual médico, aquela coisa assim. O meu caso, eu precisava de dentista, daí elas me encaminharam, né?! Quer dizer agora, que eu tô aqui, né?! Aí me encaminharam e eu vim. Mas eu precisava de dentista, daí aqui me perguntaram meus hábitos, né, como que funcionava, aquela coisa toda. Mas em outros lugares não foi assim.
Usuário 1e	As queixas. No caso, quando eu vou à consulta num lugar, é isso? Ah, tá, eu entendi quando eu fosse em alguma consulta.

	Tu pode repetir a pergunta, por favor? Sim, se eu for numa consulta médica, será às queixas, mas se eu encontrar alguém, será hábitos de saúde. Pensando por esse lado.
Usuário 1f	Normalmente, eu falo sobre os hábitos de saúde, sobre as dúvidas que eu tenho, sobre as minha queixas, né?! E peço orientação. Porque, bom, em primeiro lugar, eu sempre me interessei por mim, né, tanto por saúde da boca, como por saúde geral. E, em segundo lugar, porque eu já tenho na família pessoas que tiveram câncer bucal.
Usuário 2a	Eu nem perguntava nada porque eu não sabia que eu tinha. Eu deixava para última hora, quando eu tava com dor. Isso aí eu também era ignorante nesse ponto aí. Não tinha preocupação com isso. Não me preocupava.
Usuário 2b	Não, ele é que me pergunta, às vezes, como é que eu tô, como vamos levando. Se informa como é que eu tô. O posto manda a pessoa lá, né?! Mandam na minha casa. Não perguntam.
Usuário 2c	Ah... Acho que eu não entendi direito a pergunta. Eu acho que como funciona o posto, né?! Que daí tem que se informar o que que tem no posto, né, doutora?! Se tem dentista, se tem médico. Que pelos profissionais, a gente já tem como cuidar da saúde, né?!
Usuário 2d	Eu pergunto do funcionamento do posto. Por causa que eu tenho medo de chegar lá e não ter consulta ou não ter doutor, falta de doutor.
Usuário 2e	Sobre a minha boca? É câncer. Se eu tenho algum problema assim de câncer no corpo. Na boca assim, nunca perguntei. Fala queixas. Não pergunta funcionamento do posto. Porque na minha família tem e eu tenho medo, né?! Que a minha mãe, no caso, morreu do câncer. Minhas tias, 2 morreram do câncer. Então, isso pode tá em família, né?! Eu tenho medo disso aí.
Usuário 2f	É, eu me lembro que quando surgiu esse pessoal que faz

	trabalho na rua, eu perguntei como é que funcionava, né?! Foi duas meninas lá em casa, aí fui aprendendo como é que funciona, até que agora eu consegui, de uns 2 anos pra cá, alinhar.
--	---

Análise:

Observa-se que muitos usuários não se preocupam com a própria saúde. Só procuram atendimento quando machucados, com dor. Logo, já chegam com uma queixa, que tem que ser solucionada com urgência. Ainda a cultura de não ter profissional, ou não conseguir atendimento, é muito forte. Vários nem procuram com medo de não conseguirem uma consulta. E, a respeito dos hábitos, que seria a medida de prevenção, cabe notar que estes nem foram mencionados pela maioria.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: cultura do grupo.

PERGUNTA 4 – Para você, o que é saúde bucal?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Bah, aí... (risadas) Não ter dor de dente, né?!
Usuário 1b	Pra mim, saúde bucal... Hm... Começa desde os nossos alimentos, né, desde a alimentação saudável e depois chegando até a própria higiene, né?! A escovação, o uso de fio dental, né?! Ter uma frequência indo ao dentista. Por exemplo, eu tomo muito café, tomo chimarrão, então sempre fui orientada a ter uma frequência. Pra mim, seria isso.
Usuário 1c	Ah, é importante. Eu sempre cuidei, mas sempre me... Eu me examino, né?! No entanto, que eu achei aqueles tumorzinhos, aquelas coisa que apareceu, porque eu me examinava, eu cuidava, eu... A mínima coisa que eu sinto, eu já vou pra frente do espelho. Eu me observo. Eu toco o dedo, se for preciso, pra mim sentir. Pra ver se eu sinto o que que é, né, doutora?!
Usuário1d	Ai, eu acho, assim, uma pessoa que tem, assim, olhando, né, é tão lindo uma pessoa sorrindo e ter todos os dentinhos na

	<p>boca. Hm... Também, assim, a gente aí fala com uma pessoa e “ai, que bafão”... Coisa bem feia, né?! Também ter os dentinhos assim tipo os meus filhos, eu olhava, aí, me preocupava muito aqueles dentinhos cariados, porque ele, como tem problema de coração, pra mim era uma preocupação muito grande não poder, todo mundo dizer “não dá pra arrumar, não dá pra fazer” e a gente sabendo que prejudicava muito, né?!</p>
Usuário 1e	<p>Eu acho que é escovar os... Fazer a higienização, escovar os dentes, passar fio. Ah... acho que é o básico.</p>
Usuário 1f	<p>Saúde bucal é desde uma alimentação correta até o cuidado, né, higiene.</p>
Usuário 2a	<p>Ah... É poder comer tudo, conversar bem, não sentir nada... Esse é o certo, né?! Passar pelo que eu passei, tu mesmo sabe, eu também sei, né, eu não podia nem falar.</p>
Usuário 2b	<p>Olha, eu não entendo muito, mas saúde bucal pra mim é os dentes bem limpos; é escovar 2 vezes por dia, 3 vezes, conforme. Eu escovo 1 só, mas é o que eu entendo.</p>
Usuário 2c	<p>Ah, é uma coisa muito importante. Hoje eu vejo, assim, que até eu mesmo me questiono a questão, né?!. Que no começo, logo depois que eu descobri, depois que eu fiz a cirurgia, eu tava cuidando muito, sabe. Não comia nada. Assim primeiro. Passava até álcool na mão. Lavar a mão, sempre lavei. Só que daí eu tinha que passar álcool na mão. Sempre, sempre, sempre. Eu acho muito importante isso.</p>
Usuário 2d	<p>Ai, eu acho que é uma das coisas que é mais importante. Que é o alimento que passa pela boca e o organismo que (...) A limpeza .</p>
Usuário 2e	<p>Bah... Isso aí... Nunca pensei em perguntar pra ninguém. A gente tem que cuidar dos dentes, assim, né?! Porque dói as coisas assim, inflama, né?! Eu tive muita inflamação na minha boca.</p>
Usuário 2f	<p>Bom, falando a grosso modo, é tu sempre se preocupar com</p>

	<p>os dentes. Mas na boca existe outra coisa. Eu sofri muito dor de garganta, quando era adolescente, criança. Então eu tinha a preocupação sempre das amígdalas que inchavam, fechavam. Passava, eu tinha que tomar antibiótico e tal depois de um acidente que eu tive, que quebrou os dentes aqui em cima. Bati com a boca na direção do carro, aí quebrou. Fiquei muito triste e tal, mas. E uma vez, que eu, duas vezes que me marcaram sobre a dentição, foi quando eu era pequeno e extraíram. O dentista extraiu um dente, eu não me lembro a idade que eu tinha, e eu comi bolacha logo depois. Eu cheguei em casa assim, aí eu comi aquela bolacha d`água e os farelos entraram aonde tinha sido extraído. Como eles não davam ponto, deu hemorragia. Eu morava em Canoas. Voltamos no dentista e ele não conseguiu estancar. Aí fomos no, aquele tempo era Sandun, eu acho, também não conseguiram. Terminei lá no Pronto Socorro, em Porto Alegre, e eles conseguiram. Limparam direitinho tudo, deram ponto. Na dentição, né. E problema de garganta. E depois eu, talvez, eu não sei, que a gente não enxerga, não vê, é tireoide, né?! Porque a gente é gordinho e sempre deve ter algum distúrbio na tireoide que leva a gente a ser gordo ou magro demais.</p>
--	---

Análise:

Observa-se que, na concepção dos usuários, saúde bucal é não ter dor. A dor ainda está muito ligada à boca. Porém, a ida ao dentista, a higiene, a boa alimentação também foram mencionadas, o que é muito positivo, pois saúde bucal é um conjunto de fatores.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: cultura do grupo.

PERGUNTA 5 – Como você identifica um problema de saúde bucal?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Dor de dente. Dava dor de dente, né?!

Usuário 1b	Olha, vai ser uma pergunta um pouco assim senso comum, mas é a dor. Normalmente, é a dor que eu verifico que tem algum sinal, né?!
Usuário 1c	Eu me examino e depois procuro a doutora.
Usuário1d	Bah, quando tem dor e quando aparentemente tem cárie, né?!
Usuário 1e	Dor.
Usuário 1f	Bom, eu tanto me preocupo, que até espelho eu usei pra verificar que tinha. Então, cuidando e tendo cuidado aquele de escovação, passar fio dental, né?! Às vezes, nem sempre é possível. Tu tá num lugar que não dá pra passar o fio dental... Tá num lugar que tu tem a escova na bolsa, mas não tem creme dental. Daí ou tu usa sabonete, ou tu usa escova pura. Mas tem que fazer um tipo de higiene, né?! Mesmo que seja bem superficial.
Usuário 2a	Sim, agora sim, sim, identifico um problema de saúde bucal. Antes, não. Passar por isso aí, tô passando, mas me ajudo.
Usuário 2b	Ah... Quando eu me acordei mesmo, até nem foi em dentista. Quando eu me acordei mesmo, foi num médico lá no postão de Sapucaia. Eu tava com um monte tipo espinha embaixo da língua. Meta a língua e dava aqueles... Aí eu pedi, perguntei para ele e ele olhou a minha boca disse assim “isso aí, eu vou lhe dar um remédio agora e o senhor ‘garguleja’ 2 vezes por dia”. Aí eu trouxe o remédio, fui ‘gargulejar’. Em 2 vezes que usei, parei porque descascou toda boca. Bah, coisa feia do mundo. Fiquei, não podia nem tomar nada, nem comer nada. Parei por minha conta, mas não fui lá de volta. Aí fui na dentista, Dra. Juliana, aí ela que descobriu que era um começo do câncer. Aí mandou fazer a biópsia lá na PUC. Lá na faculdade aquela, lá em Porto Alegre, na UFRGS. Aí, eu vi que eu tava com câncer na boca. Eu não sabia o que que era. Aí comecei a fazer o tratamento, foi seguindo. Sim, umas espinhazinhas de nada. Não doía, nem nada, só espetava. Metia a língua embaixo e espetava. Só aquilo ali.

Usuário 2c	Ah... Daí é bastante complicado, né, doutora?! Porque geralmente não dói. E daí, como não dói, a pessoa passa batido. Ela simplesmente escova os dentes e não, acaba achando que aquilo não é nada porque não dói.
Usuário 2d	É um dente que eu tenho na minha boca. E o sangramento na gengiva.
Usuário 2e	Porque dói meus dentes, dá infecção e eu não consigo comer. Me dá mau hálito. Muito forte.
Usuário 2f	No dente é fácil, dói, né?! (risadas). A cárie dói.

Análise:

O principal destaque para identificar um problema bucal é a dor. Poucos realizam autoexame, a fim de observar se há algo diferente do usual em boca. Os usuários que já frequentam o dentista conseguem observar sangramento, mau hálito, cárie.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: cultura do grupo e aprendizagem.

PERGUNTA 6 – Alguém lhe falou sobre educação em saúde? Sim ou não? Se não, por quê?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Ah... Não. Não houve nunca a necessidade, né?! Exatamente, nunca fui influenciado a ir. Tu sabe que nem antigamente não tinha, hoje tem, né?! O caminhão vai lá para verificar o dente, olhar, tirar o tártaro, sei lá, limpar a boca. Antigamente não tinha, né?!
Usuário 1b	Não. Assim, eu acho que é bom ressaltar, porque antes, é a primeira vez que tô tendo contato, né?! Ou seja, faz um ano que tenho mais contato com essa questão mais do SUS. Antes eu ia sempre no particular. Mesmo no particular, não. Eu vejo uma diferença. Eu senti uma diferença. Assim, de uma preocupação inicial que eu não vi, por exemplo, no consultório, no dentista particular.

Usuário 1c	<p>Não. Eu que leio, quando eu vou nos postos, nos lugares. Então, isso aí eu tô sempre atenta. Tudo que é cartaz que eu vejo, eu leio. No entanto que esse cartaz que tem aqui no posto da saúde bucal, eu vou olhando, aquilo ali eu leio. Eu sei mais ou menos tudo como é que faz exame, aquela coisa. Tem que se olhar. Ninguém, ninguém, ninguém fala nada, doutora. Eu acho que é desinteresse mesmo. Sei eu, não sei se eles pensam que não tá na área deles, que eles não...</p>
Usuário1d	<p>Não, em outros lugares assim, não. Ninguém assim me parou. Quando eu fui procurar ajuda, né, que eu tava muito preocupada, mas ninguém disse. Eu só recebia não. Muito não “Não dá pra fazer”. Te contei que eu fazia algumas coisas que eu vi na internet em casa, lembra?! Porque eu tava muito preocupada. Eu queria uma solução. Como os profissionais que eu fui atrás não me deram nenhuma, assim, explicação, né?! O que eu podia fazer em casa pra melhorar. Mas eu nunca tive assim nenhuma orientação, daí fui pra internet. Ai, acho que é falta de humanidade, mesmo, falta de amor pelo próximo, porque quando a gente escolhe uma profissão, né, eu acho, assim, em primeiro lugar, eu gosto de fazer aquilo ali, né, e, em segundo lugar, se tu trabalha com público, tu tem que ter amor às pessoas. Não adianta tu tá ali, então troca de profissão, se tu não tá gostando, né, do que tu tá fazendo.</p>
Usuário 1e	<p>Bucal? (...) Mais ou menos. Educação em saúde? Os hábitos que a gente tem que ter com os cuidados de saúde, né?! Em questão em consultas, mais ou menos.</p>
Usuário 1f	<p>Eu fiz um curso de profilaxia, né?! De enfermagem, há muito tempo atrás, e isso aí incluiu, né?! Então, automaticamente. E sou interessada, então, quem tem interesse procura, né?!</p>
Usuário 2a	<p>Lá em Porto Alegre, tem a mulher, a Lissandra lá, que conversa tudo sobre isso aí comigo. Mandou eu botar a água na chapa, né?! Pra limpar. Agora eu cuido toda semana. Tá bem branquinha. Toda semana eu cuido. Agora, tô cuidando.</p>

	Antes de ficar doente, não. Eu ouvia falar, mas pra mim ninguém falou. Não. Eu ouvia fala. Sabia disso aí, mas pra mim ninguém falou. Chegou e falou. Para mim, não. Porque, talvez tenha, né?! Se eu soubesse, teria feito o contrário de tudo que eu fiz, né?! Agora...
Usuário 2b	Não, que eu me lembre, não. Olha, eu nem tenho ideia. Como é que eu vou analisar assim... Porque, geralmente, a gente vai num médico e eles dão um jeito em tratar o problema. Eu não sei como eu vou explicar. Eu não tenho muita (...).
Usuário 2c	Não, a doutora mesmo me falou que tem que escovar bem os dentes, passar o fio e observar bem a boca.
Usuário 2d	Já.
Usuário 2e	Não. Porque, na realidade, eles não explicam direito pra gente. A gente vai no médico. Muitas vezes, eles só prescrevem, já dão a receita e mandam a gente embora. Então, não tem exame, não tem nada, né?! Então, a gente...
Usuário 2f	Ai... Acho que uma vez, sim. Uma ou duas vezes, foi no SESI, aquele lá de Porto Alegre, no centro. No edifício FORMAQ, aquele que tem um andar do SESI lá. Lá, eles fizeram uma palestra muito boa sobre saúde bucal. Não, eu fui, justamente, que a empresa que eu trabalhava tinha convênio com eles, tá?! Antes da minha consulta. Claro, tinha muitas pessoas. Aí eles davam essa palestra antes de todo mundo consultar. O pessoal via a palestra, aí então eles começavam as consultas. É muito bacana.

Análise:

A maioria dos pacientes nunca ouviu falar de educação em saúde. Muitos relataram casos de, nas consultas, não terem tido a atenção do profissional, não receberem a explicação correta sobre as coisas; os profissionais não orientam, apenas prescrevem. Quanto a isso, observa-se a grande demanda de atendimento que os profissionais possuem; logo, têm pouco tempo para atender cada paciente e “falta de amor ao próximo”, como relatou uma paciente, o que faz com que muitos

profissionais não tenham a paciência de explicar certas prescrições.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: aprendizagem e estrutura organizativa.

PERGUNTA 7 – Nas suas relações ou estrutura familiar, já apareceram casos de câncer bucal? Sim ou não? Se sim, quantos? O que foi feito? Se não, por quê?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Só amigo. E agora junto comigo, né?! Continua se tratando. Fez tratamento, botou prótese, só que aquela com pino e rejeitou. Bah, tá, continua o problema. Tem acompanhamento particular.
Usuário 1b	Não, não conheço. Eu confesso que eu sou leiga no assunto, a minha família também, os meus próximos também. Então não sei se eu posso realmente afirmar que é por falta de comunicação ou porque realmente não aconteceu e eu não tô inserida no meio. Eu não saberia responder assim, exato.
Usuário 1c	Não.
Usuário1d	Já, já ouvi, porque eu já frequentei lá o Hospital do câncer, no Santa Rita, que o Samuel teve um tumor ósseo e daí eu vi muito lá, muitas pessoas sem os lábios, sabe que fica com um buraco assim. Muito feio. Não de família. Amizade, só lá. Muito tempo ficou lá em tratamento. Até eu falava da minha preocupação com o Samuel e elas diziam “cheguei até aqui, porque não tive auxílio, porque não tive ninguém pra me ajudar quando começou”. Que eles disseram que começava feridinhas, assim, não sei o quê. Mas não deram bola. “É afta”, diziam. Tinha um que até conseguia falar, tinha 16 anos. Era um moço, assim, lindo. E ele já não tinha mais os lábios, assim. Daí ele conversava. Ele babava muito, mas eu conversava com ele, assim. Daí ele dizia, apontava pro Samuel e dizia “não deixa ele ficar assim”. Porque o Samuel, ele chega, já abre a boca “aí, olha aqui”.

Usuário 1e	De boca, não, só de garganta. Meu tio, que faleceu ano passado. Ele começou com muita dor, tosse e aí foi identificado e não teve tratamento. Ele fumava muito também. Não tinha muito cuidado assim.
Usuário 1f	Meu marido, né?! Com câncer de cordas vocais. Daí, primeiro foi feito um primeiro atendimento no otorrino, né?! E foi constatado uma possibilidade, foi feito uma biópsia, foi confirmado. Foi feito uma cirurgia, né?! E agora é feito acompanhamento. No início era todos os meses, depois passou a cada 2 meses e agora chegamos numa fase a cada 3 meses de consulta médica com especialista.
Usuário 2a	Não que eu saiba. Nunca, nunca. Não. Uma tia minha, irmã do meu pai... Parece que duas tias morreram de câncer, mas parece que nos ovários, parece. Uma coisa assim. Não me lembro que eu era pequena, mas a mãe sempre falava isso. Acho que já é de família, né?! Mas meus pais, não. Meus tios.
Usuário 2b	Não, nem na minha família, nem na família da minha esposa, nem ninguém. Ah... Na família da minha esposa, a minha sogra morreu, mas já é lá longe. A minha sogra morreu de câncer de boca; de boca, não, de esôfago. Quando fez tratamento, já tava muito avançado. Quando fez, já tampou, como é que é, a radioterapia, já tampou garganta, já tampou tudo, já não podia comer, não podia engolir. Já teve que usar sonda, se alimentar por alimento especial. Já foi de vez. Mexeu com o problema, aí estragou tudo.
Usuário 2c	Infelizmente, tinha um vizinho lá que faleceu. Acho que a doutora chegou a conhecer ele. E meu irmão, né?! Teve câncer na boca. Não teve a mesma sorte que eu. Claro, tá vivo, só que perdeu a voz. Tirou as cordas vocais. Inclusive a Joice conhece ele. Tá bem.
Usuário 2d	Já, uma (sogra). Ele foi consultar e ele achou que era uma dor de garganta. Só que daí ele foi consultar com uma dentista e a dentista fez uma biópsia, pediu pra ele fazer uma biópsia e foi

	constatado que era câncer de boca, por causa que ele fumava e bebia, só que já tava num estado avançado.
Usuário 2e	Sim, meu pai. Meu pai teve câncer de boca. Só cirurgia que eu me lembro, que fizeram e ele não podia nem comer, porque ficou um buraco só assim. Ele comia por um caninho. Começou uma ferida muito grande na boca e aí disseram que era um xixi de aranha e acabou sendo um câncer. Aí comeu todo ele assim, a boca dele.
Usuário 2f	Só aquela moça que trabalhava aqui, a Inês. Foi a única pessoa que eu conheci que teve câncer na boca. Ela tinha uma bolotinha e coisa, e foi operada. Não sei se extraíram toda ou uma parte, coisa assim.

Análise:

Observa-se como está crescendo o número de casos de câncer de boca. E, pelo relato dos usuários, muitos casos são descobertos em estágio avançado.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: tecnologia de gestão.

PERGUNTA 8 – Conhece os sintomas do câncer bucal?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Nem sabia que existia câncer na boca. Eu me lembro, quando eu era pequenininho, um senhor que tinha um talho assim na boca, todo mundo. Minha vó falava “viu, aquilo lá é de não cuidar da boca. Aquilo lá é câncer, viu?!...”. Na época, ela me dizia isso, que era de não cuidar da boca que tem aquele corte. Falava assim. A única vez que eu me lembro disso.
Usuário 1b	Não, não conheço.
Usuário 1c	Não, não sei.
Usuário1d	Assim, foi o que eles me disseram, né?! Lá, eles, um deu feridinha, que nem afta, né, assim. O outro saiu no pescoço, eles acharam que não era, mas era, já tava alastrado. Saía pra fora. Assim, ferida por fora do pescoço.

Usuário 1e	Não.
Usuário 1f	Agora, depois que eu tive na família, eu passei a conhecer, que são algumas feridas que não cicatrizam. Também rouquidão. Foi caso na família. Acho que é isso aí.
Usuário 2a	Não, não sabia nada, nada. Eu era completamente ignorante a esse respeito aí. Não sabia nada.
Usuário 2b	Alguns. O que eu sinto, por exemplo, no meu é o começo, né?! Mas os outros, não.
Usuário 2c	Não. Não dá sintoma. Sei que não dá sintoma, mas que ele existe, né, infelizmente. Descobriu depois que teve o câncer de boca. Antes, não sabia.
Usuário 2d	Não. Se eu fosse olhar, assim. No começo, não.
Usuário 2e	Não. Não sei nem como é que acontece.
Usuário 2f	Não, não saberia reconhecer.

Análise:

Conclui-se que os sintomas do câncer bucal não são conhecidos. Apenas usuários que têm amigos e/ou familiares que passam ou passaram por isso têm ideia de alguma coisa.

Destacam-se no conjunto de resposta as variáveis: aprendizagem e tecnologia de gestão.

PERGUNTA 9 – Você se sente acolhido na sua unidade de saúde?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Sinto muito bem, muito bem. Sempre.
Usuário 1b	Sim. Não, eu sinto que eles conseguem resolver até a alçada que realmente o posto pode fazer, né?! Quando se tem material. Tem coisas que não dependem só do profissional. Mas quando tá dentro da possibilidade profissional, sim.
Usuário 1c	Aqui com a doutora, sim. É... Na recepção, ali, tudo bem assim (...). Aí nos médicos assim que eu não sei, a gente sempre fica esperando mais, doutora.

Usuário1d	Muito, muito. Aqui foi onde, assim é o meu chão, né?! Onde eu achei a solução. Vi também que pra mim era uma coisa, assim, desesperadora. Parecia que não tinha solução. Que eu ia ver ele crescer sem dente na boca. E aqui, foi assim, parece tão fácil, né?! Que vocês solucionaram assim, muito fácil, sem problemas, sem ele chorar. Coisa que nos outros lugares, ele era tão mal tratado, que só de olhar pra cara do profissional que tava ali, ele já abria o berreiro, sabe. Eles não, não tratavam com amor assim.
Usuário 1e	Sim, sempre.
Usuário 1f	Muito bem acolhida, né?!
Usuário 2a	Sim, me sinto. Principalmente quando eu te conheci e a outra lá também, né?! Vocês são super legal. Sim, resolvia o problema. No começo eu tinha vergonha até de falar contigo, né?! Agora eu não tenho mais vergonha. Procuro fazer tudo melhor, mesmo tendo vergonha. Tu me entende.
Usuário 2b	Sim, eu me sinto bem, claro. Sempre foi resolvido todos os problemas.
Usuário 2c	Com certeza.
Usuário 2d	Sim. E eu me interesso mais em saber, se eu tenho uma feridinha, uma (...). Eu já fiquei mais preocupada.
Usuário 2e	Sim, aqui nesse posto eu me sinto bem. Inclusive tinha medo de vim aqui, né?! Agora, graças a deus, venho feliz. Sou bem tratada aqui.
Usuário 2f	Graças a deus. Quando a moreninha ali tá em paz, a gente consegue.

Análise:

Os usuários sentem-se acolhidos na Unidade de Saúde – o que é importantíssimo para se criar vínculo com eles, que é o princípio da Estratégia de Saúde da Família.

Destaca-se no conjunto de resposta a variável: estrutura organizativa.

PERGUNTA 10 – Deseja dizer ou perguntar algo?

Entrevistado	Respostas
Usuário 1a	Eu acho que, de acordo com a minha inteligência (risadas), não dá para tirar muita coisa, ainda mais agora que eu tô atordoado (risadas). É isso aí, só que tem que cuidar, porque eu não consigo engolir um grão de arroz.
Usuário 1b	Não, eu acho que tá suficiente. Só quis falar que eu tinha iniciado faz pouco tempo e que senti essa diferença, né?!
Usuário 1c	A gente tem que cuidar da saúde da boca. Examinar, né?! Até eu, que tinha vontade, eu não sei, de saber qual era os sintomas desse câncer bucal, essas coisas, né?! Eu tinha vontade de saber (risadas).
Usuário1d	Eu, assim, tô muito satisfeita, muito feliz. Se eu pudesse, tivesse alguma coisa que eu pudesse ajudar e fazer, com certeza eu ajudaria aqui, porque foi onde me acolheram, né?! Já que, assim, olha quantas unidades particulares que eu fui, paguei. Muitos profissionais que era 250, 300 reais que eu paguei pra ele sentar assim na cadeira e ele dizer “não, não, não dá pra fazer”. E eles ficarem lá com dinheiro e pronto. Eu perguntava assim “não tem uma pessoa pra indicar então, que faça o trabalho, né?!” Não, nunca tinha ninguém, nunca sabia. “Isso aí tem que deixar correr”, umas diziam. “Isso aí tem que correr”. Correr pra onde, né?! E aqui, eu agradeço muito os profissionais. Vocês que, assim, que deram a solução, né?! O médico, o pediatra, também, agradeço muito ele que atendeu muito bem nós aqui. Que eu pagava também, caro. Aí não tive condição. Aí aqui, assim, ele continuou o tratamento dele e com mais ainda, parece assim, com mais... Deu atenção ao caso, com meu outro filho. É muito bom.
Usuário 1e	Não.
Usuário 1f	É suficiente, né?! Se eu precisar, tiver alguma coisa a mais, eu venho a perguntar.
Usuário 2a	Não, é só isso.

Usuário 2b	Não. Só que eu tô sendo tratado e tô aguardando. Por enquanto, ainda não tô bom, bom, bom não tô ainda, né?! Tem que esperar. Se deus quiser, tem que ficar.
Usuário 2c	Não, não tá suficiente. Eu tenho certeza que se todos procurassem vir aqui, o pessoal que tem davolta, né?! Que tem o direito de consultar aqui. Eles poderiam se preocupar mais em vim consultar. Porque só assim, para ver, se tem problema ou não, né?! Não tem outro jeito, já que é. Se é no rosto, a pessoa olha e vê. Mas a boca tá ali escondidinho o problema. Então ela tem que abrir o olho, né?! Que não tem outro jeito.
Usuário 2d	Eu acredito, assim, que eu achava que a pessoa não ficava tão defeituosa. Que ele não ia ficar tão defeituoso, como ele ficou. Que veio pra fora aquilo, sabe?! Que eu achei que não era uma coisa tão relativa, que viesse pra fora. Que fosse só por dentro. Que poderia assim, se agressivo pra dentro, não pra fora.
Usuário 2e	Que eu tenho é que agradecer tudo que tu tá fazendo, né?! De bom pra gente. Isso aí que tu tá fazendo é muito valioso para todos nós.
Usuário 2f	Não, só agradecer pela oportunidade.

Análise:

Os usuários relatam sua experiência ou de familiares com câncer de boca, suas dificuldades, a forma como o processo é agressivo, a importância de consultar para saber sobre seus problemas. Além disso, ressaltam como se sentem bem na Unidade de Saúde, o que mostra a proximidade de profissional e paciente, qualificando o trabalho.

Destaca-se no conjunto de resposta as variáveis: cultura do grupo, aprendizagem, estrutura organizativa.

7 DISCUSSÃO

Ao dissertar sobre a análise das entrevistas e das atas, observa-se quão amplos são os assuntos que perpassam o ambiente da estratégia de saúde da família, quantos profissionais habitam esse espaço e quantos usuários em tratamento de urgência ou cuidado continuado circulam pela Unidade.

Entretanto, certos fatores tendem a ser redundantes, na medida em que emergem das informações obtidas. Dessa forma, destacaram-se alguns tópicos que serão discutidos a seguir.

➤ 1. Acolhimento/escuta/humanização

A Estratégia de Saúde da Família fundamenta-se na atenção integral, que deve funcionar de forma humanizada. A humanização é comumente percebida pelos profissionais de saúde e pelos usuários como tratamento do usuário com respeito, carinho, amor, empatia, educação, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, aceitação das diferenças e, ainda, resgate da dimensão humana nas práticas de saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009), contribuindo para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde (GOULART; CHIARI, 2010).

Nesse contexto, o acolhimento funciona como uma estratégia de receber os problemas dos usuários de forma a resolvê-los de algum modo. Significa dizer que o acolhimento não é uma mera triagem, extrapolando a classificação de riscos que determina a sequência de ações; não é apenas uma sala de espera, funcionando como um espaço de encontro onde o conhecimento circula; e, ainda, não é uma pré-consulta, devendo haver a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos (CAVALCANTE et al., 2009). Constitui-se como um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES e SILVA, 2009 apud SZPILMAN; OLIVEIRA, 2010).

Observa-se aqui a **variável cultura do grupo**, que apareceu nas entrevistas e, ao mesmo tempo, vai ao encontro do objetivo específico do presente trabalho: identificar as práticas em saúde, a fim de tornar o diagnóstico precoce do câncer

bucal comum nas unidades de saúde da família e facilitar o acesso ao serviço de prevenção do câncer bucal.

Pensar acolhimento implica em conversar com o paciente, dar um retorno na consulta, uma orientação e, até, um encaminhamento – fato que não ocorre porque há uma divisão quando se faz o acolhimento odontológico e médico.

A auxiliar em saúde bucal salienta em sua entrevista a conversa com o paciente no acolhimento, o que acaba trazendo seus hábitos de higiene e a importância de tratar o indivíduo como um todo. Destaca-se aqui a integralidade, princípio do Sistema Único de Saúde.

Na escuta ao paciente e no encaminhamento do serviço, já se dá a materialização do acolhimento. Observa-se aí a **variável estrutura organizativa** que apareceu nas entrevistas.

Quantas coisas podem passar despercebidas quando nos enclausuramos num cego e surdo tecnicismo odontológico sem permitir que o “outro” (o usuário) possa contar seu sofrimento, sua alegria ou seu problema e sua expectativa (BARROS; WIMMER; BOTAZZO, 2007)?

Souza (2003) observa hoje um descuido da clínica atual, uma insuficiência da escuta. O corpo aparece partido em órgãos. Onde está o corpo vivido? Como resgatá-lo? O profissional não é preparado para escutar e conversar com o paciente. Aquilo que se cuida precisa de atenção.

Um tempo maior de escuta, provavelmente diminuiria o tempo de procura por atendimento.

Seria então ampliar esse padrão tradicional de intervenção terapêutica para uma valorização da fala e da escuta na rotina do espaço da prática clínica, de uns pelos outros – profissional, doente e sociedade. Essa renovação ou ampliação não dispensa o apoio clínico, mas poderia contribuir para que indivíduos venham produzir relações mais maduras com a doença, com os profissionais, com os dispositivos tecnológicos, com as instituições de saúde (SOUZA, 2003).

O que deixamos passar sem escuta é também efeito dos corpos de passagem que nos tornamos na veloz e conturbada vida moderna, mas também poderá ser que não haja lugar para fazer falar o insuportável que a escuta do outro pode nos trazer ou pelos desvios que poderemos ser convocados a realizar. Evitar o “contágio do outro” silencia o sofrimento e suas repercussões. Tentar esquadrihá-lo e enquadrá-lo em alguma sofisticada modelização leva-nos a olhá-lo de modo asséptico, mas não

pode evitar que ele bata às portas, cotidianamente, nos serviços de saúde (SOUZA, 2003).

➤ **2. Conhecimentos (de profissionais e usuários) sobre saúde bucal e câncer bucal x educação em saúde**

Os resultados obtidos a partir das informações evidenciam o desconhecimento da população acerca da doença, das formas de prevenção, do autoexame e dos fatores de risco, mesmo estando exposta a estes, em consonância com outras pesquisas, corroborando a necessidade imperiosa de orientação/educação/prevenção junto a população e a profissionais. (MYACHI et al. (2002), VIDAL et al. (2003), VIDAL et al. (2009), HAYASSAY (1998), ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH-FILHO (2007 apud VIDAL et al. (2012)).

Ações de promoção de saúde/educação, prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer bucal têm importância reconhecida pela OMS (PETERSEN, 2009). Nesse sentido, políticas de promoção de saúde/educação e prevenção do câncer bucal foram implantadas (TOPORCOV; WUNSCH-FILHO, 2007) na atenção primária à saúde (APS). No Brasil, a APS é ofertada na Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo esta a estratégia eleita para reorganização da APS do Sistema Único de Saúde (SUS) (PINTO et al., 2010; ALENCAR et al., 2014).

Dentre as atribuições do SUS, destaca-se a assistência integral à saúde com ênfase nas ações de promoção da saúde, que visam desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997). No contexto da promoção da saúde, as intervenções de educação em saúde têm como objetivo o aumento dos níveis de alfabetização em saúde das pessoas.

Na ESF, tem-se o contexto adequado para intervenções de promoção de saúde, com ênfase na educação em saúde e estímulo à aplicação das informações relativas à saúde, ou seja, adoção de comportamentos saudáveis. Sugere-se, portanto, que ações educativas, especialmente entre os expostos a fatores de risco, possam minimizar as taxas de mortalidade e de letalidade por câncer bucal. Enfim, ações de promoção da saúde – dentre elas as educativas, de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento do câncer bucal – são importantes (MARTINS et al., 2015).

Deste modo, as pessoas criam – ou são dadas a elas oportunidades para cuidar – de sua própria saúde, a partir de uma série de experiências através das quais elas aprendem a ver uma correspondência mais estreita entre os seus objetivos e um senso de como alcançá-los, e, assim, ganham maior acesso e controle sobre os seus próprios recursos, sobre os recursos disponíveis nas organizações governamentais/não governamentais e/ou sobre os recursos disponíveis em comunidades que buscam a promoção da saúde e a prevenção das doenças (WELLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988 apud MARTINS et al., 2015).

No contexto da promoção da saúde, ações educativas influenciam a percepção das pessoas sobre sua condição bucal, subsidiam o autodiagnóstico e o autocuidado em busca da prevenção e/ou em busca da cura das doenças bucais ainda em seus estágios iniciais (SILVA; FERNANDES, 2001 apud MARTINS et al., 2015).

O papel de educar não deve ser atribuição exclusiva do profissional convencionalmente denominado professor, mas de qualquer cidadão, pois a todo o momento estamos educando e sendo educados através dos nossos contatos com outros seres humanos e com o meio ambiente. O cirurgião-dentista não foge a esta regra (CARVALHO et al., 2010).

Percebe-se que, na cultura da maioria dos profissionais de saúde, a questão da boca não faz parte do protocolo de procedimentos de consulta. A fragilidade ou o silêncio nas respostas das entrevistas realizadas nesse estudo indicam a estranheza da temática na sua prática cotidiana.

Analisando-se o tema educação em saúde nos serviços, um outro aspecto da prática em saúde é ainda mais secundarizado: o de que toda ação de saúde é uma ação educativa. O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o cliente-usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, coparticipantes do processo de construção da saúde.

Também é comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática. Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as

doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde (VASCONCELOS; 1999, VALLA; 1999 apud ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Além disso, a maior parte dos usuários e muitos profissionais não sabem o significado de educação em saúde. Foi relatado o quanto se aprende com a conversa com os colegas. Porém, apesar de essa conversa poder ser uma forma de aprender e melhorar o atendimento dos pacientes, ela não tem a sistemática e o direcionamento estratégico de pensar a saúde na sua integralidade como quando se pensa política pública.

Ainda, a maioria dos profissionais e usuários não conhece os sintomas do câncer de boca, fato que reforça a fragmentação provocada pela especialização e modo de atuar na saúde e a falta de orientação desses pacientes. Por outro lado, tal situação sinaliza a pouca eficácia das palestras realizadas em salas de espera; poucas pessoas participam delas e aqueles que delas participaram relataram não saberem reconhecer os sintomas. Logo, percebe-se que essa forma de educação em saúde talvez não seja efetiva para levar o conhecimento para os profissionais de saúde, até porque poucos se motivam a participar.

Destacam-se então as seguintes variáveis: **cultura do grupo, estrutura organizativa, aprendizagem**, que, de modo especial, permitem compreender a pertinência de um dos objetivos específicos: a importância da educação em saúde tanto dos usuários, quanto dos profissionais de saúde, a fim de que a saúde bucal também seja relevante para o quadro de saúde geral do indivíduo.

Desse modo, a educação popular em saúde mostra-se como uma excelente ferramenta de popularização e difusão do conhecimento técnico-científico, aproximando a população e os profissionais e desmistificando a doença, que, colocada mais próxima à população, viabiliza a identificação de fatores de risco e a busca pela prevenção/diagnóstico, embora os profissionais necessitem de treinamento adequado (VIDAL, 2003; VIDAL, 2009 apud VIDAL et al., 2012).

Surge, então, a Política de Educação Permanente em Saúde, que deixou de ser simplesmente uma proposta do Ministério da Saúde para ser uma política do SUS. O Ministério da Saúde propõe a Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de

formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. A Educação Permanente deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e não o seu foco central (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica (CECCIM; FEUERWERER, 2004; CECCIM, 2004). A capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Enfatizando a saúde bucal, Pinto (2000) relata que os problemas dentários apresentam uma baixa prioridade frente às doenças consideradas de relevância social. Entre os problemas de saúde bucal (sem comparação com os danos à saúde em geral), a cárie dentária é considerada como dano a merecer maior prioridade por sua prevalência combinada com o conhecimento que as pessoas têm a seu respeito e que as levam a procurar atendimento. O câncer bucal ganhou o segundo grau de prioridade, devido à sua extrema gravidade. É importante lembrar que a escala pode variar de acordo com a comunidade ou agrupamento de indivíduos, devendo ser traçada de acordo com cada grupo social.

A saúde bucal é um componente essencial para o estado de saúde do indivíduo. Essa conduta tem sido relegada ao esquecimento por muitas pessoas, levadas por questões das mais diversas, desde a questão da falta de informação, passando pelo fator econômico e pelo descaso com a saúde bucal – no caso do brasileiro – quando se discutem as condições de saúde da população. A educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, levando-se em conta o baixo

custo e as possibilidades de impacto odontológico para a saúde coletiva (PAULETO et al., 2004 apud CARVALHO et al., 2010).

Outro aspecto a destacar é o potencial da educação popular em contribuir para que as equipes de saúde possam incorporar novas práticas. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, leva a um maior entendimento das ações de saúde como ações educativas. Vistas desta forma, as ações tendem a se aproximar da integralidade, assumindo como prática cotidiana a junção promoção-prevenção-assistência e o trabalho multiprofissional e intersetorial (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

➤ **3. Diagnóstico tardio do câncer bucal**

Pacientes portadores de câncer de boca não procuram rapidamente um serviço de saúde, uma vez que suas lesões são assintomáticas em estágios precoces.

O medo da doença, a desinformação e as condições sociais desfavoráveis representam um desestímulo à procura do tratamento. O principal determinante de um mau prognóstico é o estágio da doença no momento do diagnóstico.

A importância do diagnóstico precoce do câncer bucal é inquestionável; diagnóstico tardio resulta em doença avançada, em uma sobrevida reduzida e em alta taxa de morbidade e mortalidade (CUNHA; CATÃO; COSTA, 2009); já diagnóstico tardio provoca um elevado número de óbitos pela doença no período de 6 a 12 meses da época do diagnóstico (VIDAL et al., 2003).

Cunha, Catão e Costa (2009) enumeram motivos pelos quais os pacientes demoram para procurar ajuda:

1 – sabia da lesão, mas só procurou quando incomodou;

Esta resposta foi compreendida como consciência da presença da lesão, tolerância e despreocupação com ela, até o momento em que se inicia o sofrimento do paciente.

2 – sabia da lesão, procurou um Serviço de Saúde e foi diagnosticado e tratado inadequadamente;

Há uma relação entre o diagnóstico tardio e a má orientação do profissional que o atendeu. Há a consciência da presença da lesão, a preocupação com relação a ela e a procura por um serviço de saúde, onde é feito um diagnóstico inadequado.

3 – não sabia da existência da lesão, procurou o profissional quando incomodou;

Nos casos de não consciência da lesão, observam-se dois tipos de compreensão: (i) não se percebe a lesão, devido à localização do tumor e (ii) desconhece-se a doença. Para Tang Ho et al. (2004), o acesso difícil a um serviço de saúde, a ausência de inspeção da cavidade bucal por parte do profissional e do paciente e a falta de sinais alarmantes relacionados ao tumor fazem com que o paciente não perceba a lesão.

4 – medo e negação da doença e medo de enfrentamento da doença;

Nela, é notável o temor das consequências que a doença poderá acarretar – o sofrimento, a dor, a mutilação – então, é melhor utilizar a estratégia da negação.

5 – indisponibilidade de tempo por trabalho e dificuldade de acesso;

Emergem nesta categoria os fatores alheios à vontade do paciente, impedindo-o de cuidar de um problema que, por falta de “tempo” e devido a um contexto social difícil, ele vai deixando que progrida.

O complexo e difícil sistema social do país e a dificuldade em procurar ajuda resultam em doença avançada e pior prognóstico.

Segundo Pelag et al. (2004), a imagem simbólica negativa do câncer contribui para a insuficiência de iniciativa da população em cuidados preventivos. Isso gera um tempo prolongado e perigoso entre os primeiros sinais e a consulta médica; em decorrência, há um pior prognóstico para o paciente, para os familiares e para a sociedade. Devido ao fato de o diagnóstico ser tardio, o paciente inicia seu tratamento em estágio avançado, limitando as possibilidades de tratamento.

Esses fatores são facilmente identificados quando observamos as respostas dos usuários às perguntas realizadas, já que os mesmos ainda relacionam problemas bucais à dor. Uma usuária com câncer de boca relatou que agora, sim, sabia o que era um problema de saúde bucal, mesmo já tendo extraído todos os dentes e colocado prótese superior e inferior.

Os porquês da frequência do diagnóstico tardio do câncer de boca exigem estudos específicos e reflexão mais aprofundada. Aqui destacamos algumas considerações: numa reflexão imediata, poderíamos associá-lo à dificuldade de acesso aos Serviços de Saúde, em especial, o acesso da população brasileira adulta à assistência nos Serviços de Saúde Bucal. A Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), realizada em 1999 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o tema acesso aos serviços de saúde, indicou que cerca de 19% da população nunca foi ao dentista (BRASIL, 2000). Imaginaríamos, então, que o exame bucal regular seria, por si só, um modo de prevenção e de controle do diagnóstico tardio do câncer de boca nos moldes, por exemplo, daquilo que se preconiza para o controle do diagnóstico tardio dos cânceres de mama e de colo uterino (SOUZA, 2003).

A gravidade do câncer de boca é identificada pelo número crescente de pacientes que buscam atendimento com a doença em fase avançada. Os dados mostram que cerca de 60% das pessoas que chegam aos hospitais com câncer de boca estão já nos estádios III e IV, cujas possibilidades de cura estão bastante reduzidas. Nesses casos, a taxa de letalidade é alta e aqueles que sobrevivem sofrem grandes mutilações, dificultando o convívio social e impedindo a reintegração ao trabalho (BRASIL, 1996; 2001; COSTA; MIGLIORATI, 2001 apud SOUZA, 2003).

Dessa forma, consideramos que relação entre diagnóstico tardio e serviço de saúde bucal está para além da dificuldade de acesso: questionamos o modelo odontologizante, que reduz a assistência a “cuidados e reparos dentais”, omitindo-se o cuidado bucal. O exclusivismo odontotécnico predominante nos serviços de saúde bucal precisa ser enfrentado à medida que se busque ampliar o acesso (Souza, 2003).

O intervalo de tempo entre a detecção da lesão e o início do tratamento é também fator que encontra explicações na dificuldade de acesso, assim como o intervalo de tempo entre a percepção da lesão e a busca pelo atendimento. Por outro lado, o medo – da doença e da morte – pode também compor o elenco de explicações do diagnóstico tardio para qualquer câncer visível (SOUZA, 2003).

Encontramos aquele alguém que não teve tempo para se cuidar, para se olhar, e, quando o fez, fez de forma muito desajeitada. Tinha vergonha da boca sem dentes, cobrindo-a o tempo todo com um lenço desdobrado, meio amassado, que talvez também tivesse outras finalidades. Ela estava nervosa, o corpo tenso. O médico

mostrava-se meio impaciente com a dificuldade dela em "ficar à vontade" para o exame físico. Ela também estava com medo de "ser doença ruim" (SOUZA, 2003).

Analisando-se esses dados, observa-se quão grave é a falta de informação dos indivíduos, pois a maioria dos pacientes percebem-se com câncer bucal quando algo da sua rotina modifica-se, como falar, comer, por exemplo. E, em relação aos profissionais, há muitos "acompanhamentos" de câncer bucal, sem saber que é um câncer *in situ*. Logo, observam-se aí todas as variáveis estudadas: **cultura do grupo, aprendizagem, estrutura organizativa e tecnologia de gestão**, pois é possível relacionar a esse tópico as perguntas do conhecimento sobre os sintomas do câncer de boca, se conhece casos de câncer de boca e como identifica um problema de saúde bucal.

Por mais que possa parecer redundante, a pertinência do objetivo geral, qual seja identificar quais os fatores que levam os indivíduos acometidos pelo câncer bucal a demorar para procurar ajuda (tanto do ponto de vista dos usuários acometidos pelo câncer de boca, quanto dos profissionais da atenção primária, parece-nos fundamental para a efetividade do trabalho junto à comunidade.

Apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que comprove a associação entre autoexame bucal e redução das taxas de mortalidade e letalidade por câncer bucal, em um ensaio randomizado constatou-se que o rastreamento feito por profissionais treinados para identificação de lesões suspeitas de câncer bucal e a confirmação através de exames histopatológicos permitem o diagnóstico precoce do câncer bucal; quando este diagnóstico precoce foi sucedido por tratamento imediato, observou-se uma diminuição dessas taxas (SANKARANARAVANAN et al., 2005).

Enfim, nos locais onde o rastreamento não é uma política perene, onde esta política não foi implantada e/ou onde o rastreamento configura-se como uma política perene sugere-se que a prática do autoexame bucal possa minimizar a morbimortalidade por câncer de boca. Essa situação é revestida de importância, pois o acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal associado ao autoexame, seguido por exame feito por um profissional, aumenta a chance do diagnóstico precoce do câncer bucal.

Ainda, a chance do acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca entre os que realizaram autoexame foi seis vezes aquela verificada entre os que não realizaram esse autoexame, mesmo após controle por outras variáveis. Deve-se considerar ainda a possibilidade de retroalimentação nesta associação, uma vez que

a identificação de alterações na cavidade bucal durante o autoexame pode levar as pessoas a buscarem informações relacionadas à saúde bucal (MARTINS et al., 2015).

Os resultados obtidos enfatizam a necessidade de programas de educação continuada da população e dos profissionais, no sentido da identificação de sinais precoces da doença, principalmente em pacientes considerados de risco (CUNHA; CATÃO; COSTA, 2009).

Sugere-se, portanto, que ações educativas, especialmente entre os expostos a fatores de risco, podem minimizar as taxas de mortalidade e de letalidade por câncer bucal. Enfim, ações de promoção da saúde – dentre elas as educativas, de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento do câncer bucal – são importantes (MARTINS et al., 2015).

➤ **4. As dificuldades apresentadas pelos pacientes diagnosticados com câncer bucal**

Esses corpos de indivíduos diagnosticados com câncer bucal são singulares que, diante dessa nova situação, encontram formas particulares de elaboração e representação de seus corpos vividos. São indivíduos que passam a experimentar situações de um mal-estar que se expressa numa boca doente, debilitada, mutilada, onde viver faz parte de um mundo real e, a um só tempo, imaginário, de prazeres e sofrimentos, no qual o aparecimento da doença pode ter como resolução a cura, algum tipo de incapacidade, mas também a morte (SOUZA, 2003).

Na luta contra a morte, e na afirmação do desejo de cura, a vida ganha significados e outras perspectivas para quem está doente. A convivência com o sofrimento, com a dor, com as limitações e até com a deformação física produzem novas formas de organizar e significar o viver.

Essa doença traz em si o significado de destruição, invasão, dor, sofrimento e morte (SOUZA, 2003).

São ilustrativos os depoimentos de profissionais que trabalham com doentes de câncer de cabeça e pescoço ao se referirem às dificuldades de lidar com deformações e mutilações faciais dos pacientes – “monstrinhos”, pessoas “deformadas”, “mutiladas”, “retalhadas” –, apresentados em pesquisa etnográfica realizada no Hospital do Câncer de São Paulo. Os pacientes também mencionaram

ser tratados no convívio social como alienígenas, monstros e incapacitados, por apresentarem cicatrizes cirúrgicas visíveis, assimetrias faciais, perda de tecido ou traqueotomia (REDKO, 1992 apud SOUZA, 2003).

O conceito ampliado de saúde atualiza-se e expressa-se nas possibilidades dos indivíduos criarem suas formas de lidar com a doença e “tocar a própria vida”. Reforçamos, então, a defesa da vida como um valor por excelência, no duplo sentido de “ter vida” e “estar vivo” (SOUZA, 2003); estes são fatores a serem considerados na construção de estratégias de saúde que o gestor não pode negligenciar.

O gestor é convocado à transformação das relações de entendimento e valorização da saúde. Isso significa dizer que o gestor é convidado a se colocar para além de suas atribuições burocráticas, fazendo dos saberes que domina um elemento de intervenção para mudar condutas paralisantes de qualquer potencialidade criadora que exista na sua comunidade.

Nesse sentido, o objetivo específico_– a saber, apresentar para os gestores a(s) dificuldades que o(s) paciente(s), diagnosticado(s) com câncer bucal, em acompanhamento e/ou tratamento encontram – materializa-se, visto que uma vez conhecida estas informações no interior da instituição/organização, passa a se constituir em um novo regime de informação que faz funcionar uma outra lógica de atuação.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um projeto de pesquisa científica é sempre um recorte que se faz na realidade, é uma direção que traduz uma intencionalidade.

Concluir ou fechar uma pesquisa nem sempre tem a terminalidade esperada, seja porque durante o processo algo mudou em relação ao objeto de análise – no nosso caso, Unidade de Saúde e modos de atuar dos profissionais de saúde –, seja na perspectiva do pesquisador, que mudou com as leituras e contato com os demais colegas de curso.

Entretanto, pode-se dizer que o exercício de pesquisa durante o programa PPGENSAU permitiu chegar a alguns elementos importantes para aqueles que pensam ensino na saúde, principalmente, tendo por cenário as questões que pautam a odontologia, a saúde bucal e o câncer bucal.

Em função disso, alguns tópicos são importantes e devem ser destacados porque as entrevistas e a análise assim os sinalizaram.

1. Os programas de educação em odontologia devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em Saúde Bucal, a fim de viabilizar o processo de capacitação da população e promover a responsabilização coletiva e a promoção da saúde em todos os níveis da sociedade. Existe a necessidade de criar grupos de ensino informal sobre os cuidados básicos com a higiene bucal, em que se contemplem as presenças do dentista, do técnico em saúde bucal, bem como de auxiliares em serviços odontológicos, com o intuito de levar nas escolas, postos de saúde, associação de moradores e em outras instituições que congreguem grupos de pessoas (CARVALHO et al., 2010).

Barros, Wimmer e Botazzo (2007) propõem uma clínica em Saúde Bucal que busque aglutinar-se a outras clínicas e à cultura da população, para que, a partir de tais encontros, tracem-se estratégias de atenção de forma cotidiana e pactuada, tornando os serviços de saúde mais orgânicos às necessidades sentidas pela população. Para isso, é necessário que a equipe de Saúde Bucal ocupe outros espaços dialógicos, além do gabinete odontológico, e que seja feita uma mudança na cultura normativa dos serviços de saúde para uma postura problematizadora e de construção coletiva de saberes frente à vida humana.

2. Aumentar os níveis de alfabetização em saúde representa um caminho promissor para melhorar a capacitação das pessoas dentro dos domínios dos serviços de saúde, da prevenção das doenças e da promoção da saúde, com o intuito de incentivar as pessoas a adotar de forma rotineira práticas preventivas saudáveis de autocuidado (MARTINS et al., 2015).

Logo, o foco principal deve ser as capacitações para todos os profissionais, seja em núcleo, em introdutórios, a fim de que se trabalhe com a prevenção, e não só com a cura dessa doença tão mutiladora, que é o câncer bucal.

3. Os serviços de saúde, especialmente os públicos, precisam contribuir para o alcance dos almejados princípios da equidade e universalidade, conferindo ao ambiente clínico maiores oportunidades de aprendizado e procurando assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam um direito humano (NARVAI, 2006 apud MARTINS et al., 2015).

4. O significado e o cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde, gerando um amplo sentido – sentido de que o ideal de profissional que queremos para o nosso sistema de saúde pode ser atingido, se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvirmos o que cada um tem para dizer e refletirmos sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, perdem-se pelo caminho. Precisamos recuperar esses valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores, nas universidades. Este é o nosso desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

5. Acolher, escutar, humanizar o atendimento faz com que profissionais e pacientes se conheçam. Conhecer os hábitos do paciente não é só um modo de identificá-lo, mas de fortalecer vínculos para propor ações preventivas em saúde. O importante, segundo Souza (2003), é buscar práticas em Saúde Bucal em que a Clínica e Saúde Coletiva venham interagir e produzir o cuidado bucal, resgatando a escuta às necessidades do sujeito falante/vivente e a visibilidade do lugar – a boca – que também constitui-se como órgão que pode falar de si mesmo.

6. Enfatizar os programas de prevenção, por um lado, e criar as condições para controlar o diagnóstico tardio da doença, por outro, podem parecer os pilares do controle do câncer num leque de estratégias epidemiológicas e clínicas, envolvendo população e instituições públicas e privadas. No interior dessas estratégias, está a concepção de controle de risco e a vigilância permanentemente. (BRASIL, 2002; MONTORO et al., 1994 apud SOUZA, 2003).

7. O câncer de boca se manifesta, normalmente, através de uma ferida que não cicatriza dentro de 15 dias, manchas, nódulos ou crescimento de tecidos. É relevante, portanto, evitar o consumo de álcool e tabaco e proteger-se do sol.

Estes elementos apontam para a necessidade de uma "porta de saída" ou um produto que tenha a ver com ensino na saúde, como:

i.i) capacitação com todos os núcleos profissionais de saúde:

Natureza: presencial (apresentação, discussão dos resultados desta pesquisa e encaminhamento de alternativas e/ou soluções para as situações-problema consideradas pelo grupo) e à distância (programa de leitura dirigida).

Horas: 4 horas presenciais; à distância, depende da organização das equipes para fazerem suas leituras.

Objetivos: fazer com que os profissionais obtenham o conhecimento sobre o câncer de boca, podendo identificá-lo e/ou encaminhá-lo ao profissional responsável.

Recursos: presencial: computador, tela de projeção e sala da secretaria.

Custo: nenhum, pois todos os recursos estão disponíveis e esse horário de núcleo já fica organizado no início de cada semestre.

Observação: à distância: impressão e xerox de folhas: custo de 23 Estratégias de Saúde da Família + 5 Unidades Básicas de Saúde = 28 x 0,20 xerox x 3 folhas cada artigo aproximadamente = 16,80.

i.ii) capacitação com usuários de saúde:

Natureza: presencial (apresentação, discussão dos resultados desta pesquisa e encaminhamento de alternativas e/ou soluções para as situações-problema consideradas pelo grupo).

Horas: 2 horas presenciais.

Objetivos: fazer com que os usuários obtenham o conhecimento sobre o câncer de boca, podendo procurar o profissional responsável.

Recursos: espaço para realização, tela de projeção e computador.

Custo: nenhum, pois a unidade dispõe de espaço; e a secretaria, de computador, se necessário.

ii) grupo de trabalho

Temática a ser discutida: panorama do câncer bucal no município de Sapucaia do Sul.

Horas: 4 horas presenciais.

Objetivos: discutir o tema do câncer bucal e traçar estratégias para geri-lo no município.

Metodologia: encontros/roda de conversa, uma vez por mês.

Recurso: Sala com mobiliário.

Custos: nenhum, pois a unidade de saúde Terra Nova está disponibilizando o espaço.

iii) documentário ilustrativo

Temática: depoimentos sobre percepção e modo de ver daquele que tem câncer bucal.

Horas: 5 minutos.

Objetivo: formar atitudes pró-ativas e de integração na unidade de saúde.

Recurso: câmera para fazer o vídeo, *pendrive* para armazenar as informações, computador para edição e projetor para apresentação.

Custo: Não existe, pois a câmera e pen drive podem ser substituídos por um aparelho de celular, o computador está disponível na unidade de saúde e o projetor a secretaria possui.

Concluindo e Refletindo...

Como se mostrará a Odontologia diante do processo evolutivo que mobiliza todas as áreas do conhecimento humano?

Irá a Odontologia restringir-se ao simples papel de “diagnosticar, planejar e executar tratamentos” no complexo estomatognático como se ele fosse isolado dos aspectos biofísico, social e neuropsicológico do paciente? É de se repensar.

Será que os profissionais da área da Odontologia continuarão a atuar somente nos efeitos das patologias e afecções bucais sem buscar suas verdadeiras causas?

Tendo presente a questão do ensino na saúde, entendemos que nenhum aspecto da prática em saúde deve reduzir-se ao que se faz: ensinar, educar, formar sujeitos na dimensão de uma experiência individual. Por isso mesmo, somos, como profissionais de saúde, incitados a continuar problematizando a nossa atualidade, focalizando o indivíduo como um todo, de forma integrativa e abrangente para compreender o complexo oral muito além do seu estado biológico.

É preciso inserir definitivamente em nossa cultura que o Cirurgião Dentista reintegra pessoas e que o objetivo final da terapêutica odontológica é não somente técnico, mas também uma forma de satisfazer as necessidades de autorrealização e cura do paciente.

É sabido, as saídas não estão prontas e precisam ser feitas, pois como disse BECKETT: "se eu dissesse, ali há uma saúde, em algum lugar há uma saída, o resto viria" (2015, p. 41).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ALENCAR, M. N., COIMBRA, L. C., MORAIS, A. P. P., SILVA, A. A. M., PINHEIRO, S. R. A., QUEIROZ, R. C. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Coletiva** v.19, n.2, p.353-364, 2014.
- ANKARANARAYANAN, R.; RAMADAS, K.; THOMAS, G.; MUWONGE, R.; THARA, S.; MATHEW, B.; RAJAN, B. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. **Lancet**. v.365, n.9475, p.1927-1933, 2005.
- ANTUNES, J.L.F.; TOPORCOV, T.N.; WUNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, v.21, n.1, p. 16-9 2007.
- AURÉLIO, Dicionário. v. 15, n. 05, 2010. Disponível em:< www.dicionarioaurelio.com> Acesso em: 11/09/2015.
- BARROS, R. S.; WIMMER, G. F.; BOTAZZO, C. Saúde Bucal e práxis no cotidiano dos serviços de saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 41, abr. 2007.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BECKETT, S. **Textos para nada**. São Paulo. CosacNaify, 2015.
- BORGES, D. M. L.; SENA, M. F.; FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.321-327, fev, 2009.
- BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. Unifesp, São Paulo, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenadoria de Programas Controle do câncer (Pró-Onco). **Câncer de boca**. Manual de detecção de lesões suspeitas. Rio de Janeiro: INCA / Pro-Onco. 47p. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; 1997
- BRASIL. Instituto brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 1998**. 2000. Acesso e utilização dos serviços de Saúde. Disponível em <www.ibge.gov.br>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Normas de Recomendações. Prevenção e controle de Câncer. **Revista brasileira de**

Cancerologia, v. 48, n.3, p. 317-332. 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica. Aprovado pela resolução CFO-118/2012**. Diário oficial da União 2012a; 14 de junho.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde .Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.**SB BRASIL 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília – DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa/2014 Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2015/ao-nosso-alcance.asp>> Acesso em 19/07/2015.

CAMARGO, A. C. **Estudo mostra aumento de casos de câncer oral na faixa de 30 a 44 anos**. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/07/11/estudo-mostra-aumento-de-casos-de-cancer-oral-na-faixa-de-30-a-44-anos.htm>> Acesso em 19/07/2015.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N.; RADOS, P. V.; FILHO, M. S.; OPPERMAN, R. V.; ALBANDAR, J. M.; SUSIN, C. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. **Oral Diseases**, v. 17, n.2, p.171–179, 2011.

CARVALHO, J. A.; TORRES, M. T. P.; SOUZA, L. S.; PEDROTE, R. S..A.; ALVES, F. A. Educação em Saúde bucal: Uma Abordagem Reflexiva em Prol da Qualidade de Vida. **Rev. Práxis**, ano II, n.3, 2010.

CAVALCANTEFILHO, J. B., VASCONCELOS, S. E. M., CECCIM, R. B., GOMES, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic Saúde Educ**; v. 13, n. 31, p. 315-28, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHAVES, M. M., **Odontologia Social**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

COELHO, F. A. Jr.; BORGES-ANDRADE, J. E. **Análise do conceito de aprendizagem no trabalho.** Paidéia, v.18, n.40, p.221-234, 2008.

COSTA, E. G., MIGLIORATI, C. A. Câncer Bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, p.283-289, 2001.

CUNHA, P. A. S. M. A.; CATÃO, M. F. M.; COSTA, L. J. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba – Brasil: relatos de pacientes portadores. **Braz Dent Sci**, v.12, n.4, p.18-24, out./dez, 2009.

CUNHA, A. R.; BAVARESCO, C. R.; CARRARD, V. C.; LOMBARDO, E. M. Atrasos nos Encaminhamentos de Pacientes com Suspeita de Câncer Bucal: Percepção dos Cirurgiões Dentistas na Atenção Primária à Saúde. **J Bras Tele.** v.2, n.2, p.67-74, 2013.

DIAS, C. R. **Promoção e proteção da saúde bucal na família: o cotidiano da prevenção.** São Paulo: Santos; 2012.

ERDMANN, A. L., ANDRADE, S. R., MELLO, A. L. S. F., MEIRELLES, B. H. S. **Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.15, n.3, p.483-91, Jul-Set 2006.

FREITA, S. V.; LOPES, M. A.; MEIRELES, J. R. C.; REIS, L.; CERQUEIRA, E. M. M. Efeitos genotóxicos de fatores considerados de risco para o câncer bucal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.189, 2014.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.

GONÇALVES, C. A.; VAZQUEZ, F. L.; AMBROSANO, G. M. B.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; SARRACINI, K. L. M.; GUERRA, L. M., CORTELLAZZI, K. L. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa – ação. **Ciência & Saúde coletiva**. v.20, n.2, p.449-460, 2015.

GONZALES, Z. K.; DUARTE, A. F. A dimensão ética na produção do conhecimento. **Rev. Polis e Psique.**, vol.2, n.2, p. 106-111. Porto Alegre, 2012.

GOULART, B. N. G., CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência saúde colet.** v.15, n.1, p.255-68, 2010.

HAIKAL, D. S.; PAULA, A. M. B.; MARTINS, A. M. E. B. L.; MOREIRA, A. N.; FERREIRA, E. F. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3317-3329, 2011.

HAYASSAY, A. Câncer bucal no setor público de saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**; v. 55, n.3, p.173-5, 1998.

HECKETT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface – Comunic**

Saúde Educ, 2009. v. 13 (supl. 1): 493-502.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o empoderamento. Anais do II Seminário Nacional. **Movimentos Sociais, Participação e Democracia** Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS.25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil.

KIYAK, H.A. Age and culture: influences on oral health behaviour. **International Dental Journal**. v.43, n.1, p: 9-16, 1993.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.97-103, 2006.

KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES, S. R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1343-1354, julho-agosto 2008.

LOMBARDO, E. M.; CUNHA, A. R.; CARRARD, V. C.; BAVARESCO, C. R. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1223-1232, 2014.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.3, p.(3):487-96, 2008.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; SANTOS-NETO, P. E., DE SÁ, M. A. B., SOUZA, J. G. S., HAIKAL, D. S., FERREIRA, E. F., PORDEUS, I. A. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p.2239-2253, 2015.

MONTORO, A. F.; GIANOTTI FILHO, O.; VALENTE, C. A. (Coord). **Estratégias para controle do câncer** São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo., 240 p., 1994.

MOREIRA, J. A. **Educação em saúde como ferramenta fundamental no diagnóstico precoce de câncer bucal na população idosa**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização de Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção de título de Especialista. 2014.

MYACHI, S.; TOMMASI, M. H.; ZARDO, F.; SUGITA, M. K.; GEYARD, S.; GIURIATT, W.; OLIVEIRA, B. V. I.; RAMOS, G. H.; AUGUSTO, V. C.; SASSI, L. M. Oral cavity lesions diagnostic Center: potential impact in oral cancer epidemiology in Curitiba/PR- Brasil. **Revista Brasileira de cirurgia e implantodontia**. v.9, n.33, p.80-5, 2002.

ORLANDI, P. E. **Discurso, imaginário social e conhecimento**. Em Aberto, Brasília, ano 14, n. 61, jan./mar. 1994. Disponível em: <http://www.emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/911/817> Acesso em: 4/11/2015.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G., Saúde Bucal: Uma revisão Crítica sobre Programações Educativas para Escolares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 9, no 1, p.121-130, 2004.

PELAG, D. M.; PASQUINI, R.; MEDEIROS, C. R.; MOURA, G; L. O câncer e sua representação simbólica. **Psicol Cienc Prof**. V.24, n.2, p.120-33, 2004.

.PETERSEN, P. E. Oral câncer prevention and control- the approach – the approach of the world.Health, organization. **Oral Oncology**. v.45, n.4-5, p.454-460, 2009.

PIETRONI, P. **Viver holístico**. São Paulo: Summus, 1988.

PINTO, V. G., **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

PIRES, M. R. G. M., GÖTTEMS, L. B. D. **Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico**. Rev. Bras. Enferm, Brasília, v. 62, n.2, p.294-9, mar-abril, 2009.

REDKO, C. P., **Entrega de cabeças**. Experiências de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP. Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. 193p, 1992.

SANTOS, F. M. dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em: 5/11/2015.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – Comunic Saúde Educ** . v.13, n.31, p.303-14, 2009.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saude Publica**..v. 35, n.4, p.349-355, 2001.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D.; POLARO, S. H. I.; RADÜNZ, S.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev.Escola de Enfermagem**, v.43, n.3, p.697-703, USP, 2009.

SOUZA, E. C. F. **Bocas, câncer e subjetividades. Patografias em análise** [Tese de doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SZPILMAN, A. R. M., OLIVEIRA, A. E. Percepções do cirurgião-dentista quanto ao binômio acolhimento e acesso à ESF em Vila Velha – ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n.3, p.17-22, 2010.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinic-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis; Vozes, 2003. 685p.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, n.15, supl.2, p.7-14, 1999.

VALOURA, L. de C. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador**. São Paulo. Instituto Paulo Freire, 2006. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/paulo_freire_frases_educacao/>. Acesso em 26/08/2015.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec/ Ministério da Saúde, 1999. VIDAL, A. K. L.; SILVEIRA, R. C. J.; SOARES, E. A.; CABRAL, A. C.; CALDAS JUNIOR, A. de F.; SOUZA, E. H. A.; LOPES, R. M. Prevenção e diagnóstico precoce do Câncer de boca: uma medida simples e eficaz*. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v.2, n.2, p.109-114, maio/ago., 2003.

VIDAL, A. K. L.; TENÓRIO, A. P. S.; BRITO, B. H. G.; OLIVEIRA, T. B. T.; PESSOA, I. D. Conhecimento de Escolares do Sertão Pernambucano sobre o câncer de boca. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 2009; 9(3):283-8

VIDAL, A. K. L.; AGUIAR, D. M. A., GOUVEIA, M. V. C.; CAVALCANTE NETO, P. M., TAVARES, A. N. S., GUIMARAENS, M. A. Verificação do Conhecimento da População Pernambucana acerca do Câncer de Boca e dos Fatores de Risco – Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.12, n.3, p.383-87, jul./set., 2012.

WELLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment Education: Freire's Ideas adapted to Health Education. **Health Education Quartier** (winter, 1988). v.15, n.4, p.379-394

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Você está sendo convidado(a) **na qualidade de Profissional de Saúde da Atenção Primária e informante qualificado**, a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Câncer bucal: Uma questão de educação em saúde?”**

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo compreender a educação em saúde e a sua interface com o câncer de boca e saúde bucal, no município de Sapucaia do Sul.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista individual, que contém um roteiro com perguntas abertas e que será gravada. Essa entrevista levará cerca de 30 minutos para ser finalizada e será realizada na própria Unidade de Saúde, em uma sala

reservada (consultório odontológico), durante o horário de trabalho (das 8h às 12h e das 13h às 17h), evitando constrangimento e exposição desnecessária dos indivíduos participantes do estudo. Estou ciente de que haverá a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão os conteúdos, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional. Ficou claro que poderei ser recontatado (se concordar) para revisar a gravação. As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas em um *pendrive* específico por um período de cinco anos e depois serão destruídas (gravações serão deletadas do *pendrive*). O material textual das entrevistas só será utilizado para este estudo, não sendo usado em estudos futuros. 3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

A partir desta pesquisa será possível compreender a educação em saúde e a sua interface com o câncer de boca e saúde bucal.

4º - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa, o tempo da entrevista poderá causar algum incômodo. Se me sentir incomodado ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e o anonimato.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professor Paulo Albuquerque (pesquisador responsável) no telefone 0XX (51) 92522377, endereço Rua Paulo Gama S/N, prédio 12, Faculdade de Educação UFRGS, endereço eletrônico abuquerue.paulo@gmail.com ou com a estudante de Pós-Graduação Juliana Alberti

Marchese, no telefone 0XX (51) 96964774, endereço Rua Ursa Maior,483, Sapucaia do Sul, das 8h às 17h, e-mail ju_marchese@yahoo.com.br, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone 0XX (51) 3308-3738.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, ___/___/___

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador
responsável

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Você está sendo convidado(a) **na qualidade de usuário da atenção primária em saúde e informante qualificado**, a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Câncer bucal: Uma questão de educação em saúde?”**

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo compreender a educação em saúde e a sua interface com o câncer de boca e saúde bucal, no município de Sapucaia do Sul.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista individual, que contém um roteiro com perguntas abertas e que será gravada. Essa entrevista levará cerca de 30 minutos para ser finalizada e será realizada na própria Unidade de Saúde, em uma sala

reservada (consultório odontológico), durante o horário de trabalho (das 8h às 12h e das 13h às 17h), evitando constrangimento e exposição desnecessária dos indivíduos participantes do estudo. Estou ciente de que haverá a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão os conteúdos, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional. Ficou claro que poderei ser recontatado (se concordar) para revisar a gravação. As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas em um *pendrive* específico por um período de cinco anos e depois serão destruídas (gravações serão deletadas do *pendrive*). O material textual das entrevistas só será utilizado para este estudo, não sendo usado em estudos futuros. 3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

A partir desta pesquisa será possível compreender a educação em saúde e a sua interface com o câncer de boca e saúde bucal.

4º - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa, o tempo da entrevista poderá causar algum incômodo. Se me sentir incomodado ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e o anonimato.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professor Paulo Albuquerque (pesquisador responsável) no telefone 0XX (51) 92522377 , endereço Rua Paulo Gama S/N, prédio 12, Faculdade de Educação UFRGS, endereço eletrônico abuquerue.paulo@gmail.com ou com a estudante de Pós-Graduação Juliana Alberti Marchese, no telefone 0XX (51) 96964774, endereço Rua Ursa Maior,483, Sapucaia

do Sul, das 8h às 17h, e-mail ju_marchese@yahoo.com.br, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone 0XX (51) 3308-3738.

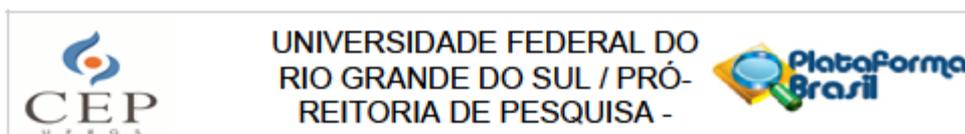
Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, ___/___/___

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador
responsável

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMPESQ E CEP APROVADOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câncer bucal: Uma questão de educação em saúde?

Pesquisador: Paulo Peixoto de Albuquerque

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57372316.8.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.782.621

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa relacionado ao curso de mestrado profissional do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Detectar quais os fatores que levam os indivíduos acometidos pelo câncer bucal a demorarem para procurar ajuda (tanto do ponto de vista dos usuários acometidos pelo câncer de boca, quanto dos profissionais da atenção primária). Os objetivos específicos: Apresentar para os gestores a(s) dificuldade(s) que o(s) paciente(s), diagnosticado(s) com câncer bucal, em acompanhamento e/ou tratamento, encontram, destacando importância da educação em saúde tanto dos usuários, quanto dos profissionais de saúde, afim de que a saúde bucal também seja relevante para o quadro de saúde geral do indivíduo. Identificar as práticas em saúde a fim de tornar o diagnóstico precoce do câncer bucal comum nas unidades de saúde da família e facilitar o acesso ao serviço de prevenção do câncer bucal.

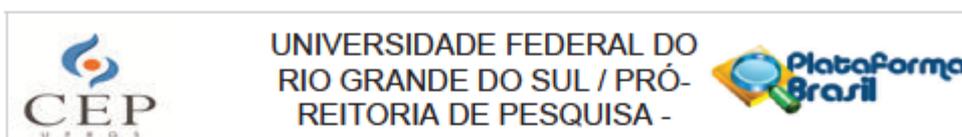
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores atenderam a solicitação de adequar o item no documento de cadastramento do projeto na Plataforma Brasil de acordo com o que estava descrito no projeto completo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será de abordagem qualitativa, caracterizando-se como um estudo de caso. O estudo

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.782.621

de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, englobando importantes condições contextuais. O campo de investigação será composto por duas Unidades de Saúde da Família, Natal I e II, que dividem o mesmo espaço físico, localizadas em Sapucaia do Sul. Os sujeitos serão escolhidos de modo intencional. Os trabalhadores da equipe serão convidados em Reunião de Equipe. Já os pacientes, entrar-se-á em contato através de telefonema e/ ou visita do Agente Comunitário. No tipo de amostra intencional, o autor delibera quem são os sujeitos que comporão os estudos, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características possam, na visão do pesquisador, trazer informações importantes para o estudo em pauta. Os critérios de exclusão dos convidados da pesquisa serão por serem menores de idade, pois os pais terão de autorizar e se, por acaso o indivíduo se recusar a responder as perguntas. Serão convidados a participar da pesquisa 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Téc.enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe (Natal I e II)1. Logo, totalizamos 12 profissionais de saúde participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Parecer da COMPEQS, cartas de ciência e concordância da Secretaria de Saúde de Sapucaia do Sul, Termo de compromisso para utilização dos dados foram apresentados e estão em condições de aprovação.
- Atendendo à solicitação do CEP, foram incluídos TCLE para cada grupo de participantes e a linguagem dos mesmos foi simplificada de forma a tornar-se compreensível pelos participantes. Ainda com relação ao TCLE, foi acrescentado que o atendimento dos pacientes não seria modificado caso estes desistissem de sua participação no estudo.
- Os autores prestaram os esclarecimentos a respeito do cronograma e fizeram as adequações recomendadas.

Recomendações:

O parecer é pela aprovação.

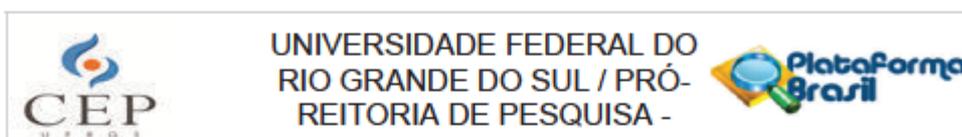
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem recomendações adicionais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.782.621

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_678644.pdf	01/10/2016 19:21:57		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1752524_1.pdf	01/10/2016 19:20:31	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Outros	carta_resposta_2.pdf	01/10/2016 19:14:35	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	trabalho_com_alteracoes_PDF.pdf	01/10/2016 19:12:53	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Outros	PBPARECERCONSUBSTANCIADOCEP1652296.pdf	19/08/2016 18:12:58	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Outros	parecerconsubiadoassinado.pdf	19/08/2016 18:08:00	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoanuenciasecretario.pdf	19/08/2016 18:04:04	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartaaoocep.pdf	19/08/2016 18:01:10	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexobtcleusuarios.pdf	19/08/2016 18:00:14	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexoatcleprofissionais.pdf	19/08/2016 17:59:50	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoutilizacaodados.pdf	19/08/2016 17:52:35	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaosecretario.pdf	19/08/2016 17:52:04	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Folha de Rosto	folharostocomiteetica.pdf	08/08/2016 19:08:35	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito

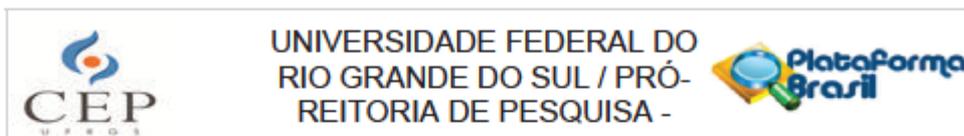
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.782.621

PORTO ALEGRE, 20 de Outubro de 2016

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesa@famed.ufrgs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2016.

Referencia: Projeto de pesquisa 30562 –“CANCER BUCAL: UMA QUESTAO DE EDUCACAO EM SAUDE?”

Autores: PAULO PEIXOTO DE ALBUQUERQUE (Coordenador), JULIANA ALBERTI MARCHESE (aluno de mestrado profissional).

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente à literatura: adequada.

Justificativa do projeto O câncer de boca detectado precocemente apresenta um índice de sobrevida maior e a prevenção depende primariamente da identificação de fatores associados ao seu desenvolvimento, como o tabagismo e o hábito de ingerir bebidas alcoólicas.. A autora aponta para a relevância de que se realize estudos sobre o tema: a educação em saúde e o diagnóstico precoce do câncer bucal na população adulta. O estudo busca estabelecer a relação: educação em saúde e a sua interface com o câncer de boca e saúde bucal.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

Estudo qualitativo, tipo estudo de caso. Metodologia adequada.

Fontes de Custeio: O estudo será financiado pela pesquisadora.

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais).

Os pesquisadores se comprometem a cadastrar o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e seguir as orientações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Possui Termo de Concordância Institucional da Secretaria da Saúde do município de Sapucaia do Sul.



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesq@famed.ufrgs.br



Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde.

Termo de consentimento livre e esclarecido: TCLE esclarece objetivos, direitos e deveres dos sujeitos e dos responsáveis pela execução do estudo.

Data prevista para o início da pesquisa: 20/01/2016

Duração total da pesquisa: 30/03/2017

Local da pesquisa: Unidades de Saúde da Família, Natal I e II, que dividem o mesmo espaço físico, localizadas em Sapucaia do Sul.

Parecer final: APROVADO.

Prof.ª Dr.ª Solange Garcia Accella
COORDENADORA DA COMPESQ /FAMED UFRGS

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE DADOS

APÊNDICE D



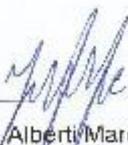
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO
PROFISSIONAL**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS:**

Eu, JULIANA ALBERTI MARCHESE, orientada pelo Professor, Paulo Peixoto de Albuquerque, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto intitulado, "Câncer Bucal: Uma questão de educação em saúde?", nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nas entrevistas com os envolvidos na pesquisa, que se referem aos nomes, ou qualquer identificação dos usuários, profissionais ou gestores como preconizam os documentos Internacionais e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados coletados dizem respeito a percepção dos profissionais da saúde em atividade no Unidade de Estratégia de Saúde da Família Natal do Município de Sapucaia do Sul/RS.



Juliana Alberti Marchese
Pesquisadora – UFRGS

Paulo Peixoto de Albuquerque
Orientador da Pesquisa

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO DA ENTREVISTA)

Você está participando de uma pesquisa que trata do tema “saúde bucal e educação em saúde”. Vamos conversar então sobre sua percepção em relação às práticas do cuidado em saúde na rede na Atenção Primária. Sua opinião e percepções são muito importantes para este estudo. Fique à vontade para responder e não se preocupe, pois não existe resposta certa e sua identidade será preservada.

PESQUISA COM PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Data: ____/____/20__ Entrevista n°: ____

1. No seu cotidiano de trabalho, se fala algum assunto relacionado à boca?
 2. Costuma perguntar ao paciente sobre hábitos de higiene bucal?
 3. Durante o seu trabalho, quando fala em saúde, o que costuma privilegiar?
 - a) hábitos de saúde
 - b) queixas do paciente
 - c) funcionamento do posto
- Por quê?
4. Para você, o que é saúde bucal?
 5. Como você identifica um problema de saúde bucal?
 6. Para desenvolver melhor seu trabalho, alguém lhe falou sobre educação em saúde ?

SIM/ NÃO

Se Não, por quê?

7. Na sua realidade de trabalho, já apareceram casos de câncer bucal?

SIM/NÃO

Se sim, quantos? O que fez?

Se não, por quê?

8. Conhece os sintomas do câncer bucal?
9. Você acha que realiza o acolhimento corretamente?
10. Deseja dizer ou perguntar algo?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO DA ENTREVISTA)

Você está participando de uma pesquisa que trata do **tema „ saúde bucal, câncer de boca e educação em saúde“** Vamos conversar então sobre sua percepção em relação às práticas do cuidado em saúde na rede na Atenção Primária. Sua opinião e percepções são muito importantes para este estudo. Fique à vontade para responder e não se preocupe, pois sua identidade será preservada.

PESQUISA COM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Data: ____/____/20__ Entrevista n°: ____

1.No seu cotidiano, você fala ou se preocupa com a saúde da boca?

2. Quando em consulta, alguma vez lhe perguntaram sobre hábitos de higiene bucal?

3. Quando abordado por algum profissional de saúde, qual a sua demanda?

a) hábitos de saúde?

b) queixas?

c) funcionamento do posto?

Por quê?

4. Para você, o que é saúde bucal?

5. Como você identifica um problema de saúde bucal?

6. Alguém já lhe falou sobre educação em saúde

? SIM/ NÃO

Se não, Por quê?

7. Nas suas relações ou estrutura familiar, já apareceram casos de câncer bucal?

SIM/NÃO

Se sim, quantos? O que foi feito?

Se não, por quê?

8. Conhece os sintomas do câncer bucal?

9. Você se sente acolhido em sua unidade de saúde?

10. Deseja dizer ou perguntar algo?

APÊNDICE C – ENTREVISTA DA AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL NATAL I E II

PERGUNTA 1 – No seu cotidiano de trabalho, se fala algum assunto relacionado à boca?

Sim, todos os dias e em todos os momentos.

PERGUNTA 2 – Costuma perguntar ao paciente sobre hábitos de higiene bucal?

Sim, sempre quando eu faço a instrução, quando eu faço acolhimento, eu sempre pergunto, questiono.

PERGUNTA 3 – Durante o seu trabalho, quando fala em saúde, o que costuma privilegiar?e/ou

- a) hábitos de saúde
- b) queixas do paciente
- c) funcionamento do posto

Por quê?

Não precisa ser a ordem? Bom, sempre. A gente sempre começa com as queixas do paciente e no final da consulta a gente sempre fala do funcionamento do posto. Os hábitos de saúde sempre surgem no momento de atendimento. Então, eu acho que a gente... que eu abranjo esses três itens. Porque eu acho que é importante a gente saber e ver o indivíduo como um todo, não só uma parte.

PERGUNTA 4- Para você, o que é saúde bucal?

Bom, saúde bucal, apesar de trabalhar na área, saúde bucal quando a gente fala ou pensa, geralmente, a gente relaciona somente com a boca. Dentes bem escovados, o uso de fio dental, não ter nenhuma lesão em boca, mas eu aprendi que saúde bucal não se limita somente a boca

PERGUNTA 5 – Como você identifica um problema de saúde bucal?

Geralmente, hum... observação e na queixa dos pacientes que eles nos trazem.

PERGUNTA 6 – Para desenvolver melhor seu trabalho, alguém lhe falou sobre educação em saúde? Sim / Não

Se não, por quê?

Sim, a gente começou dar mais ênfase esse ano, eu acho, com a apoiadora institucional, com a secretaria de saúde, onde a doutora Juliana, que é cirurgião dentista daqui tem batido bastante na tecla que tem que ter sim, educação em saúde no nosso município.

PERGUNTA 7 – Na sua realidade de trabalho, já apareceram casos de câncer bucal? Sim/Não

Se sim, quantos? O que fez?

Se não, por quê?

Sim. Bom, foi feito um acolhimento na paciente quando ela chegou. Devido a dentista não estar na unidade, aí eu observei a lesão que já estava bem grande e pedi pra ela retornar a tarde

PERGUNTA 8 – Conhece os sintomas do câncer bucal?

Sim.

PERGUNTA 9- Você realiza o acolhimento?

Sempre.

PERGUNTA 10 –Deseja dizer ou perguntar algo?

Não, acho que o que eu queria salientar nessa entrevista que, hum...devido à competência da doutora Juliana, eu acho que eu aprendi bastante em ver o indivíduo como um todo, em ver todas as queixas dele, funcionamento de posto, os hábitos alimentares e eu acho que a gente forma uma boa dupla.(risos).

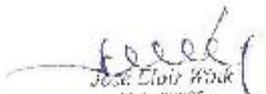
APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPUCAIA DO SUL.

AUTORIZAÇÃO

Eu Jose Elvir Wink, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde, autorizo a realização do estudo **Câncer Bucal: uma questão de educação em saúde?**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Sapucaia do Sul, 20 de Novembro de 2015.


Jose Elvir Wink
Matr. 82305
Secretário Municipal de Saúde

Assinatura e carimbo do responsável institucional



Prof. Danilo Blank

Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Ensino em Saúde

Assinatura e carimbo do Coordenador do PPGENSAU - Danilo Blank-

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

- ___ Cirurgiã-Dentista Juliana Alberti Marchese
- ___ Prof. Dr. Paulo Albuquerque

**APÊNDICE E- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPUCAIA DO SUL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO
PROFISSIONAL

TERMO DE ANUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE DADOS:

Autorizamos a pesquisadora - JULIANA ALBERTI MARCHESE -, orientada pelo Professor, Paulo Peixoto de Albuquerque, pesquisadores envolvidos no projeto intitulado, "Câncer Bucal: Uma questão de educação em saúde?" a utilizar as informações registradas na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Natal do Município de Sapucaia do Sul/RS.

Entendemos que os dados e/ou informações indiretos (documentos/atas de reunião de equipe/prontuário dos pacientes/impressos) serão utilizados de forma adequada e a não ferir os princípios éticos e as questões de confiabilidade.

Este termo de anuência vai por mim, Secretário de Saúde em exercício no Município de Sapucaia do Sul, assinado.

Sapucaia do Sul, 15 agosto de 2016

Sr. José Roberto Pacheco

Secretário Municipal de Saúde em exercício

APÊNDICE F – Cronograma

AÇÕES	2015				2016												2017			
	set	out	Nov	Dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr
Revisão Bibliográfica	x	x	X	X	x	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x				
Elaboração do projeto	x	x	X																	
Apresentação do projeto			X																	
Realização das entrevistas e Análise das Atas																				
Elaboração dos resultados																				
Defesa da monografia																				
Ajustes para publicação																				

Tabela 3 - Cronograma de atividades

APÊNDICE G – Orçamento

Todos os recursos financeiros necessários para realização da pesquisa serão custeados pela própria pesquisadora (financiamento próprio).

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR EM R\$	
		UNITÁRIO	TOTAL
Cópia dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	50	0,20	10,00
Cópia dos roteiros das entrevistas	15	0,20	3,00
Material de expediente (canetas, lápis, borrachas, etc.)	1	200,00	200,00
Folhas papel A4	2 pacotes de 500 folhas cada	18,00	36,00
Gasolina para deslocamento	200 lts	3,30	660,00
Tonner para impressora	2	200,00	400,00
Gravador digital	1	250,00	250,00
Pen Drive	2	50,00	100,00
TOTAL			1.659,00

Tabela 4 - Orçamento