

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

GABRIELLE PEREIRA DE OLIVEIRA

**O itinerário do cuidado do câncer bucal no Sistema Único de Saúde no município de
Porto Alegre/RS sob uma perspectiva de residentes em saúde**

Porto Alegre

2022

GABRIELLE PEREIRA DE OLIVEIRA

O itinerário do cuidado do câncer bucal no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS sob uma perspectiva de residentes em saúde

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre

2022

Dados de catalogação-na-publicação:

Oliveira, Gabrielle Pereira de
O itinerário do cuidado do câncer bucal no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS sob uma perspectiva de residentes em saúde / Gabrielle Pereira de Oliveira. -- 2022.
56 f.
Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Residência em Saúde da Família e Comunidade, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Humanização da Assistência. 2. Comunicação em Saúde. 3. Neoplasias Bucais. I. Pires, Profa. Dra. Fabiana Schneider, orient. II. Título.

GABRIELLE PEREIRA DE OLIVEIRA

O itinerário do cuidado do câncer bucal no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS sob uma perspectiva de residentes em saúde

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre, 5 de dezembro de 2022.

Profa. Dra. Cristine Maria Warmling

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Graciela Soares Fonseca

Universidade Federal da Fronteira Sul

Aos meus pais, Vera e Sidnei, que me deram os princípios e as condições materiais que me conduziram até aqui.

Aos amigos incríveis que a residência me apresentou, Gabriele, Douglas, Michele, Mathias, Eliane, Margarete, que tanto me ensinam e me inspiram.

Ao meu melhor amigo e namorado, Leonardo, que compartilha a vida comigo, me motiva e me ajuda e transforma a minha trajetória mais leve e feliz.

Aos atores fundamentais do SUS, trabalhadores e usuários, que lutam pela saúde como um direito de todos e dever do Estado.

AGRADECIMENTOS

Ao SUS, pelos conhecimentos adquiridos, laços construídos e experiências transformadoras oportunizadas.

À UFRGS pelas diversas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, pela excelência e responsabilização.

À professora Fabiana Schneider Pires, pelo acolhimento, otimismo e ensinamentos fundamentais para construção deste trabalho.

Aos residentes, principais atores deste trabalho, pelo interesse, colaboração e confiança.

Depois de todas as tempestades e naufrágios o que fica de mim e em mim é cada vez mais
essencial e verdadeiro.

Caio Fernando Abreu

RESUMO

O câncer de boca é uma doença multifatorial prevalente no Brasil e no mundo. Esses pacientes oncológicos são identificados e diagnosticados por cirurgiões-dentistas que trabalham no Sistema Único de Saúde, sendo os residentes parte importante desses trabalhadores. Nesse contexto, esta pesquisa objetivou Analisar as percepções sobre o processo de trabalho de cirurgiões-dentistas, que cursam a Residência Uniprofissional da Faculdade de Odontologia da UFRGS nas áreas da Estomatologia e da Saúde da Família e Comunidade, nos itinerários terapêuticos do cuidado de saúde bucal em serviços do SUS. Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que foram entrevistados 5 cirurgiões-dentistas residentes, no período de maio a setembro de 2022. As entrevistas iniciaram a partir da assinatura do TCLE pelos participantes, o roteiro incluiu o perfil sociodemográfico e formativo dos residentes, e abordou as categorias do cuidado: acolhimento e produção de vínculo; comunicação do diagnóstico; construção do itinerário terapêutico; e competências de humanização. A construção e análise de dados se deu a partir de uma Análise Textual Discursiva. As entrevistas possibilitaram uma reflexão a partir da experiência dos residentes com o cuidado de pacientes com câncer de boca. Além de exporem uma fragmentação desse cuidado, a protocolização e a hegemonia biomédica na abordagem desses pacientes nos setores de saúde. Por fim, destaca-se a necessidade de novos estudos para que se conheçam as fragilidades no desenvolvimento de competências profissionais para o cuidado com ênfase nas tecnologias leves para o escopo do estudo e trabalho em saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Comunicação em Saúde; Neoplasias Bucais.

ABSTRACT

Oral cancer is a multifactorial disease prevalent in Brazil and worldwide. These cancer patients are identified and diagnosed by dentists who work in the Unified Health System, with residents being an important part of these workers. In this context, this research aimed to analyze the perceptions about the work process of dentists, who attend the Uniprofessional Residency at the Faculty of Dentistry of UFRGS in the areas of Stomatology and Family and Community Health, in the therapeutic itineraries of oral health care in SUS services. A case study with a qualitative approach was carried out, in which 5 resident dentists were interviewed, from May to September 2022. The interviews started from the signing of the TCLE by the participants, the script included the sociodemographic and training profile of the residents, and addressed the categories of care: welcoming and bonding; diagnosis communication; construction of the therapeutic itinerary; and humanization skills. The construction and analysis of data was based on a Discursive Textual Analysis. The interviews allowed a reflection based on the residents' experience with the care of patients with oral cancer. In addition to exposing a fragmentation of this care, protocolization and biomedical hegemony in the approach to these patients in the health sectors. Finally, the need for further studies is highlighted so that the weaknesses in the development of professional competences for care are known, with an emphasis on light technologies for the scope of study and work in health.

Keywords: Humanization of Assistance; Health Communication; Mouth Neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	Redes de atenção em saúde e as residências em saúde	13
2.2	Epidemiologia do câncer de boca	14
2.3	O câncer de boca e o seu processo de cuidado	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	Objetivos específicos	18
4	METODOLOGIA	19
4.1	Tipo de estudo	19
4.2	Participantes	19
4.3	Produção e análise de dados	19
4.4	Considerações éticas	20
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1	Acolhimento e produção de vínculo na rede de saúde e a atenção ao câncer bucal	22
5.2	Comunicação do diagnóstico de câncer bucal	27
5.3	Construção do itinerário terapêutico	33
5.4	Estratégias de humanização do cuidado	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA	45
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
	ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP)	49

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem seu início a partir de movimentos populares da Reforma Sanitária Brasileira, e da constituição de 1988. A lei orgânica da saúde - lei 8.080 de 1990 – dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Foi estabelecida em 19 de setembro de 1990 e instituiu o SUS. De acordo com o regulamento estão incluídas na lei o atendimento à população, a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, da saúde do trabalhador e de assistência terapêutica (BRASIL, 1990).

O sistema público de saúde se organiza através de Redes de Atenção de Saúde que se caracterizam por pontos de serviços de assistência de acordo com suas densidades tecnológicas. Nesse contexto, os residentes também estão inseridos em diversos pontos na rede do SUS, vinculados às Residências Multiprofissionais em Saúde, que se configura como um modelo de pós-graduação lato sensu, com ênfase no ensino em serviço aos profissionais de saúde, logo, esses profissionais trabalham nas unidades de saúde do SUS integrando-se ao sistema (TORRES et al., 2019).

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde se caracterizam como uma modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, focado na atuação dos profissionais residentes inseridos nos serviços do SUS. Os Programas possuem carga horária de 80% de atividade prática e teórico-prática, e 20% em estratégias educativas teóricas. Dessa forma, os profissionais residentes têm formação em serviço aliado à educação, o que possibilita um repensar a prática que atendam os princípios e diretrizes do SUS (KRÄMER; MARTINS; DE MARCHI, 2020).

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) oferece o Programa de Residência Uniprofissional em Saúde Bucal, que possui ênfases em diferentes áreas, como a Estomatologia e a Saúde da Família e Comunidade. Os cirurgiões-dentistas residentes destes programas atuam em instituições públicas de saúde em Porto Alegre/RS como por exemplo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Unidades de Saúde distribuídas no município.

Os pacientes com câncer de boca transitam na Rede de Saúde em que os residentes estão inseridos como trabalhadores. Os cirurgiões-dentistas residentes em Saúde da Família e Comunidade, atuam na principal porta de entrada do SUS, sendo a primeira equipe que entra em contato com o paciente com câncer de boca, e a partir disso realizam o encaminhamento ao serviço de diagnóstico e tratamento. Os residentes em Estomatologia são fundamentais pois realizam o diagnóstico definitivo do câncer de boca na Rede de Saúde.

Estima-se que em 2018, o número de novos casos de câncer de boca tenha sido de 14.700, desses 11.200 eram homens e 3.500 mulheres (BRASIL, 2018). O câncer de boca é uma doença multifatorial apresentando influências ambientais, genéticas e comportamentais (MELO et al., 2010). O perfil mais frequente relatado na literatura são homens que possuem acima de 50 anos, que apresentem hábitos tabagistas e etilistas, principalmente quando os dois estão associados (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

O câncer ainda possui uma imagética associada à morte e sofrimento como pensamento não apenas da população geral, mas também entre os profissionais de saúde. E esta imagem contribui para o desenvolvimento negativo tanto no processo de adoecimento quanto na conduta dos pacientes frente ao processo terapêutico. A imagem internalizada de o câncer ser sinônimo de morte, mesmo com todas as inovações e tecnologias, ainda é um fator desafiador na comunicação entre profissionais e pacientes sobre a doença (DÓRO et al., 2004).

É necessário, então, redimensionar a própria formação imagética, para o trabalho com pacientes oncológicos, pois os profissionais de saúde também são semeadores das imagens que se reproduzem ao longo dos séculos apesar da evolução científica (DÓRO et al., 2004). Então, é imprescindível que esses profissionais que podem identificar o câncer, tenham conhecimento e competências adequadas em relação a sensibilização e a comunicação adequada sobre o câncer de boca.

Os pacientes oncológicos passam por um processo terapêutico, geralmente, desafiador, ocorrendo mudanças em todos os aspectos de suas vidas e de seus familiares e amigos. Além de diversos prejuízos e sequelas que podem se desenvolver devido aos tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e/ou quimioterápicos como perdas estéticas e funcionais. Consequentemente, não é incomum que esses pacientes apresentem sintomas de sofrimentos psicológicos, como a ansiedade e depressão (ROING; HIRSCH; HOLMSTROM, 2008).

Os profissionais de saúde envolvidos com tais demandas devem estar preparados para o melhor cuidado a esses pacientes. É importante que se reconheçam os aspectos subjetivos que incidem no paciente oncológico, além dos aspectos biológicos da doença. Logo, a reflexão sobre esses aspectos pode permitir a orientação aos profissionais para a abordagem de métodos eficazes e humanizados em sua prática do cuidado (PINHO; PEREIRA, 2012).

As estruturas dos processos terapêuticos, em sua maioria, são planejadas de forma fragmentada em procedimentos técnicos focados no trabalho em saúde biomédico. Assim, o paciente é um ator ausente do seu próprio plano de tratamento em que os profissionais constroem de forma isolada. Entretanto, é percebido na literatura que a construção de um plano terapêutico que atende as necessidades em saúde do paciente só é verdadeiramente possível

com a participação ativa do próprio paciente, além da importância da superação do fazer saúde de forma fragmentada e sim conjuntamente com diversos setores (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Esse estudo objetivou analisar as percepções de cirurgiões-dentistas cursando residência da UFRGS em relação ao itinerário terapêutico de saúde bucal em pacientes com câncer de boca. E a partir disso, possibilitar reflexões sobre as práticas de cuidado e oportunizar o fortalecimento de tecnologias relacionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Redes de atenção em saúde e as residências em saúde

O Sistema Único de Saúde surgiu a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, consolidado após a constituição federal de 1988 e criação da Lei Orgânica de Saúde em 1990. Nessa lei consta a organização do sistema público de saúde, assim como princípios e diretrizes que devem orientar os profissionais que estão inseridos nos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Esse sistema se organiza através de Redes de Atenção em Saúde que se caracterizam pelos pontos de atenção coordenados que prestam assistência de maneira integral e contínua. Assim, os serviços se dividem em Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde, a depender de diferentes densidades tecnológicas. A Atenção Primária é fundamental para o sistema por ser a principal porta de entrada dos pacientes e centro de comunicação entre os níveis. Os pontos de atenção Secundária e Terciária são os que oferecem determinados serviços especializados, constituídos de unidades ambulatoriais e hospitalares (MENDES, 2010).

A atuação da Atenção Primária em Saúde em relação ao Câncer de Boca, tem como principal objetivo promover ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e prevalência da doença, atuando com a comunidade acerca dos hábitos e fatores de risco. Além disso, a APS pode auxiliar na detecção precoce da doença, uma vez que ela se configura como porta de entrada do paciente com câncer de boca, então esses usuários frequentemente são acolhidos como demanda espontânea e a partir desse atendimento o profissional da unidade de saúde realizará o encaminhamento aos outros setores (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

A Atenção Secundária também realiza um importante papel ao enfrentamento do câncer oral no que se refere ao diagnóstico precoce da doença, o que influencia em um melhor

prognóstico, aumentando a sobrevida e reduzindo a morbidade da doença, as consequências advindas de cirurgias, a duração do tratamento e custos hospitalares. Já a atenção terciária atua no sentido de limitar o dano da doença, controlar a dor, prevenir complicações, melhorar qualidade de vida durante o tratamento e proporcionar condições para que o indivíduo possa retornar ao convívio e suas atividades (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Nesse contexto, também se justifica a linha da Política de Educação Permanente que dá origem aos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, sendo esta uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, em que os profissionais de saúde, podem se especializar atuando em serviços públicos. Esses programas possuem carga horária semanal de 60 horas, sendo que 80% são de atividades práticas nos serviços de saúde e teórico-prática e 20% em estratégias educativas teóricas (KRÄMER; MARTINS; DE MARCHI, 2020).

Em Porto Alegre, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, oferece um Programa de Residência em Saúde Bucal de áreas diferentes, possuindo as áreas com ênfase em Saúde da Família e Comunidade que têm seu foco na atenção primária de saúde, e a área de Estomatologia que possui foco de atuação nos níveis secundários e terciários de saúde. Ou seja, os profissionais residentes trabalham nesse sistema, seja na atenção primária, secundária ou/e terciária, possibilitando, assim, a atuação com os pacientes com câncer de boca em diferentes pontos da rede.

Apresenta-se a Residência como um método de formação em serviço estratégico para que os profissionais busquem a realização do trabalho em saúde contra hegemônico, a partir da ação do próprio trabalho com a constante e concomitante análise dos processos de trabalho e seus resultados. Sendo um espaço não apenas de aprendizado tecnicista e mecanizado, mas um espaço de trabalho em equipe, focado nas relações humanas e principalmente objetivando a integralidade do cuidado, assim como um olhar diferenciado ao paciente na prática (FERNANDES et al., 2015).

Por isso, pode-se afirmar que o principal objeto de trabalho dos residentes se configura a saúde, como ela é, abrangendo muito mais que o fator biológico de doença, mas aos fatores de determinantes sociais e multifacetados que impactam no processo saúde-doença de um indivíduo ou de um coletivo (FERNANDES et al., 2015).

2.2 Epidemiologia do câncer de boca

O câncer bucal é uma doença multifatorial, relacionada com fatores ambientais, genéticos e comportamentais, dentre as implicações ambientais destaca-se a associação com a

profissão, moradia e alimentação. Como hábitos pessoais é possível destacar o uso de álcool e tabaco que garantem uma maior predisposição para neoplasias malignas em região de cabeça e pescoço, além da exposição solar sem proteção (MELO et al., 2010).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o câncer representa cerca de 3% dos casos de câncer no mundo. E o Brasil apresenta uma das mais elevadas incidências, a estimativa para 2030 é de 27 milhões de novos casos (DEDIVITIS et al., 2004). Atualmente, existe uma alta na prevalência, incidência e letalidade dos pacientes acometidos pelo câncer bucal no Brasil, tais informações trazem a importância de estudos epidemiológicos para monitorar e intervir em indivíduos com fatores de risco, além da criação de políticas públicas de prevenção para toda população (SANTOS et al., 2012).

Pesquisas demonstram que o câncer de boca apresenta uma maior prevalência no sexo masculino, da cor branca e faixa etária de 50 anos de idade. Quanto mais cedo se obtém o diagnóstico, melhor será o prognóstico, para isso o exame clínico e físico favorece a identificação de lesões, principalmente nas áreas comuns de aparecimento dessas, sendo elas: língua, lábio, assoalho bucal e palato duro. No entanto, no Brasil o diagnóstico precoce corresponde somente a 10% das descobertas (VOLKWEIS et al., 2014).

As regiões anatômicas de maior concentração dos óbitos analisados são a “orofaringe” (31,72%), “outras partes e de partes não especificadas da boca” (21,55%), “outras partes e de partes não especificadas da língua” (18,95%), “base da língua” (8,18%) e “palato” (4,83%). Os sítios responsáveis pelas menores porcentagens de óbito são “outras glândulas salivares maiores e as não especificadas” (1,45%), “lábio” (1,07%) e “gengiva” (0,89%) (CUNHA; PRASS; HUGO, 2020).

Existem diferenças regionais na distribuição do câncer bucal, devido a distribuição da população pelas regiões brasileiras, onde a cor parda prevalece nas regiões Norte (68,3%), Nordeste (64,5%) e Centro-Oeste (49,4%) e a cor branca na região Sul (83,6%), isso indica que indivíduos brancos são mais sensíveis aos raios solares, mas este não é um fator de risco considerável, já que a incidência do câncer de boca na região Nordeste é maior que na região Sul, no entanto, outros fatores predisponentes podem estar associados como os ambientais, genéticos e comportamentais (SOARES; BASTOS NETO; SANTOS, 2019). O nível de escolaridade pode estar associado, quando este é menor apresenta maior incidência da doença, tal fator está associado com a incidência nas regiões Norte e Nordeste (MARTINS et al., 2014).

A localização anatômica mais acometida é a língua, seguida da base de língua, tais dados quanto a localização demonstra que é possível fazer a associação com os hábitos pessoais pelo uso do tabaco e do álcool. O estadiamento TNM permite classificar o paciente de acordo com

as características clínicas do câncer, como a disseminação regional, extensão e metástases a distância. O estágio mais comum foi o tipo III e IV, que representam as fases mais avançadas da doença e isso pode estar relacionado ao diagnóstico tardio da doença, o que acarreta um prognóstico desfavorável (BRENER et al., 2007).

Ou seja, o prognóstico da doença é dependente da descoberta precoce, e a falta de informações, demora nos atendimentos, deficiência nos exames e na inspeção de lesões por parte do paciente e do profissional, além da incapacidade de diagnóstico por deficiência na formação profissional dos cirurgiões-dentistas podem corroborar para um diagnóstico tardio (SOARES; BASTOS NETO; SANTOS, 2019).

2.3 O câncer de boca e o seu processo de cuidado

A pessoa com câncer vive modificações na rotina, hábitos, gostos, ou seja, na qualidade de vida. Após as cirurgias e a radioterapia podem ocorrer alterações estéticas e funcionais. A estética relaciona-se com a autoestima e a função está relacionada a mastigação, o paladar, a fala. Problemas na comunicação podem levá-lo a um isolamento social e até a depressão. Afetando também os familiares com quem compartilham as dificuldades do processo do adoecimento e tratamento (ROING; HIRSCH; HOLMSTROM, 2008).

Pacientes portadores de câncer, na maioria das vezes, apresentam angústia espiritual como consequência do diagnóstico e tratamento. Com isso, existe uma necessidade percebida de os profissionais de saúde que estão envolvidos no itinerário terapêuticos de pacientes oncológicos possuírem competência para formular estratégias que facilitem a identificação dessa angústia e planejar intervenções que abordam esse aspecto na prática do plano de cuidado (CALDEIRA; DE CARVALHO; VIEIRA, 2014).

Geralmente, existe por parte da sociedade um esforço realizado em recusar a inevitabilidade da finitude da vida. E o momento do diagnóstico de uma doença com a possibilidade de morte, coloca o indivíduo em um confronto com esse esforço e, com isso, explicita a sua fragilidade. A morte é carregada de estigmas e preconceitos pois se encontra em um lugar desconhecido ao homem, por isso é aterrorizante e ameaçador pensar sobre a sua possibilidade (ARANTES DE OLIVEIRA et al., 2010).

Dessa forma, o câncer possui um significado simbólico muito negativo associado ao seu imagético relacionado a morte e ao sofrimento. Então, há uma grande possibilidade de ocorrer uma conduta negativa por parte do paciente frente ao seu diagnóstico, que frequentemente assumem uma postura de derrotismo, assumindo uma posição de desesperança. Percebe-se

cinco estágios reacionais comuns quando se trata do imaginário da pessoa frente ao diagnóstico de câncer, sendo eles: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação (DÓRO et al., 2004).

No momento do diagnóstico há o contato brusco com a finitude, evidenciada pelo medo, angústia e a introspecção. Durante o tratamento, o sentimento de exaustão se sobrepõe e a vontade de descanso se torna um caminho razoável. Além do paciente, a família também pode demonstrar cansaço e desânimo, apresentando-se a consciência clara da finitude e da destruição da teia afetiva entre os indivíduos. Mas também conjuntamente com este sentimento há um conforto em saber que o caminho do sofrimento não fora solitário. (ARANTES DE OLIVEIRA et al., 2010).

A morte muitas vezes é vista como erro e fracasso na mentalidade dos profissionais, pois no ensino hegemônico ainda é predominante a busca pela cura em qualquer circunstância (SALES et al., 2010). Existe um pacto de silêncio entre os profissionais e a população no que diz respeito à morte. Então, é perceptível a necessidade da inclusão de métodos de reflexão e debate sobre o tema para aprimorar a comunicação entre equipe, paciente e familiares sobre o assunto. Além da urgência em proporcionar estratégias de abordagens aos profissionais quanto às emoções expressas do paciente e familiares durante esse percurso (KOVÁCS, 2005).

Os profissionais de saúde que estão envolvidos no processo terapêutico dos pacientes com câncer bucal devem estar preparados para enfrentar as angústias do caminho deste adoecer. Assim, devem ser propostas estratégias para que isso ocorra na prática. Uma possibilidade já relatada na literatura caracteriza-se pela união de saberes entre ciência e espiritualidade, para a humanização do cuidado. Tendo em vista que o aumento do bem-estar espiritual diminui consideravelmente a ansiedade em relação a morte entre os pacientes oncológicos (OLIVEIRA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2021).

As doenças que possuem um histórico de difícil tratamento, um prognóstico sombrio e perpassam pelo limiar da finitude da vida, impõem aos indivíduos uma situação de vulnerabilidade e fragilidade. Dessa forma, os pacientes geralmente se apoiam em perspectivas de tratamento que vão além do modelo biomédico, muitas vezes, recorrendo à experiência religiosa. Então, existe a necessidade de superação do antagonismo de saberes, mas a possibilidade de união entre o conhecimento biomédico e crenças subjetivas relacionadas ao paciente em seu processo terapêutico (PINHO; PEREIRA, 2012).

Em consonância disto, há uma tendência da equipe de se colocar no papel de possuidor de conhecimento e transformar a prática em um processo unilateral. Reconhecer o paciente como um ator importante na construção do seu próprio processo terapêutico é endossar a forma

como as pessoas vivenciam e conseguem produzir respostas no enfrentamento das situações colocadas pela doença (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

A atenção do paciente oncológico deve ser centrada nas necessidades do próprio paciente. A interação com o paciente deve ser ativa a fim de enfatizar a participação nas decisões, formando uma relação que não seja de via única, mas de intersubjetividade. Procura-se levar em consideração as necessidades médicas de modo holístico, seus valores e seus desejos para que seja realizado um cuidado singularizado. No entanto, há profissionais com dificuldades em tornar o paciente ativo no percurso do cuidado e há pacientes admirados com o fato de que podem e devem participar das decisões do próprio cuidado (BILODEAU; TREMBLAY, 2019).

Visto isso, este trabalho proporciona uma reflexão sobre as perspectivas de cirurgiões-dentistas residentes inseridos no Sistema Único de Saúde, em relação aos processos de cuidados dos pacientes diagnosticados com câncer de boca na rede de saúde. E a partir disso, concede-se propostas para contribuir na construção de estratégias de humanização dos itinerários terapêuticos desses pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar as percepções sobre o processo de trabalho de cirurgiões-dentistas, que cursam a Residência Uniprofissional nas áreas da Estomatologia e da Saúde da Família e Comunidade, nos itinerários terapêuticos do cuidado de saúde bucal em serviços do SUS .

3.2 Objetivos específicos

- Compreender sobre o papel de cirurgiões-dentistas que cursam a residência no processo de acolhimento e produção de vínculo com o paciente de câncer bucal da rede de saúde.
- Aprofundar sobre meios e estratégias que cirurgiões-dentistas que cursam a residência utilizam para a realização da comunicação do diagnóstico do câncer bucal ao paciente e de como se sente nesse processo
- Inquirir sobre como ocorrem as relações entre a comunicação do diagnóstico e a construção do itinerário terapêutico do paciente.

- Inquirir sobre o desenvolvimento de competências de humanização para a comunicação diagnóstica do câncer bucal e a elaboração de itinerários terapêuticos de cirurgiões-dentistas residentes.
- Possibilitar a reflexão das práticas em saúde dos pacientes com câncer bucal e oportunizar a construção de estratégias para um cuidado mais humanizado através do fortalecimento de tecnologias relacionais.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo de caso do tipo único que procura compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade, com uma única unidade de análise (YIN,2010). Por tratar-se de um estudo que articula o campo da saúde com a humanização no cuidado, propõe-se a produção de informações em profundidade sobre a experiência dos residentes da área de estomatologia e saúde da família e comunidade da RISB - UFRGS por meio de uma abordagem qualitativa.

4.2 Participantes

Os participantes do estudo são cinco cirurgiões-dentistas cursando a RISB - Estomatologia e uma cirurgiã-dentista cursando a RISB - Saúde da Família e Comunidade da UFRGS no período de 2020 a 2022. Foi utilizado instrumento para coletar os dados de perfil, condições socioeconômicas, de formação e de trabalho dos participantes (Apêndice A), descritos na Tabela 1.

4.3 Produção e análise de dados

Foram realizadas entrevistas abertas aprofundadas com cinco cirurgiões dentistas cursando a RISB - Estomatologia e um cirurgião dentista cursando RISB - Saúde da Família e Comunidade da UFRGS. As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2022, com duração aproximada de quarenta minutos a uma hora e foram gravadas (áudio) e posteriormente transcritas para análise. As combinações para a realização das entrevistas foram realizadas por meio do aplicativo telefônico WhatsApp ou por e-mail, definindo-se a participação, a data e o horário das entrevistas.

As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro de entrevistas para orientar o diálogo com categorias sobre o cuidado do paciente com câncer bucal a serem abordados (Apêndice A). As categorias iniciais foram:

- a) **ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DE VÍNCULO** com o paciente de câncer bucal na instituição de ensino.
- b) Meios e estratégias para a realização da **COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO** do câncer bucal ao paciente.
- c) **CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO** após a comunicação do diagnóstica.
- d) **COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO** no cuidado do paciente com câncer bucal.

Os entrevistados convidados para participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) com todas as informações da pesquisa, assim como um questionário com questões referentes ao perfil sociodemográfico de formação e trabalho da participante (Apêndice A – Instrumento de pesquisa – Parte 1 Perfil sociodemográfico de formação e trabalho).

A análise foi realizada com base na análise textual do discurso realizado pela pessoa durante a entrevista, após sua transcrição. Para a preservação do anonimato, aos participantes foram atribuídos números e letras de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Para a interpretação dos dados produzidos utilizou-se a Análise Textual Discursiva a fim de alcançar os objetivos propostos. Organizaram-se os seguintes procedimentos: pré-análise, estudo exploratório, análise e interpretação de informações produzidas para codificação e estruturação dos discursos em unidades de análise (MORAES; GALIAZZI, 2006).

A perspectiva que inspirou a construção e análise dos dados compreende que o sentido alcançado pelos dados não é traduzido, mas produzido articulando-se ao linguístico, ao social e ao histórico. Os dados analisados pelo estudo são vistos como parte de um processo social amplo e dinâmico em que os participantes estão inseridos e constituem suas opiniões, crenças e compreensões sobre o tema do cuidado do paciente com câncer e do ensino.

4.4 Considerações éticas

O projeto de pesquisa obedece às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução no 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), assim como, a Resolução do CFO 42/2003 que aprova o Código de Ética Profissional Odontológico. Apenas foram consideradas as participantes da pesquisa que concordaram em assinar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para cada situação a ser vivenciada. O TCLE foi apresentado sempre em duas vias, sendo que uma via ficou com cada participante e a outra foi devolvida assinada para a pesquisadora.

A presente pesquisa pode apresentar o risco mínimo de causar desconforto ou constrangimento nas participantes ao fornecer informações pessoais ou de processo de ensino. Assegurou-se que caso isso ocorresse, a entrevista seria interrompida imediatamente. Neste caso, qualquer informação das mesmas não seria utilizada, sem prejuízo para as desistentes. Além disso, para minimizar desconfortos, foi garantido local reservado e liberdade para não responder questões, assim como estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. A conversa foi conduzida atendendo-se ao roteiro das entrevistas. Em relação aos benefícios, espera-se ampliar a compreensão sobre o ensino-aprendizagem no cuidado de pacientes com câncer bucal e com isso contribuir para uma atenção em saúde mais humanizada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cirurgiões-dentistas participantes do estudo estavam matriculados no Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A amostra contou com 4 residentes do segundo ano e 1 do primeiro ano do Programa de Estomatologia, e 1 residente do segundo ano do Programa de Saúde da Família e Comunidade. Os dados referentes aos participantes de encontram no quadro abaixo:

Quadro 1. Dados demográficos dos participantes

Participante	Ano/ Residência	Idade	Sexo	Cidade - Estado
E1	R2 / Estomatologia	25 anos	Masculino	Torres - RS
E2	R2 / Estomatologia	26 anos	Masculino	Belém - PA
E3	R2 / Estomatologia	28 anos	Masculino	Camaquã - RS
E4	R2 / Estomatologia	31 anos	Feminino	Porto Alegre - RS
E5	R1 / Estomatologia	23 anos	Feminino	Caxias do Sul - RS
E6	R2/ saúde da família e comunidade	24 anos	Feminino	Carapicuíba - SP

O Programa de Estomatologia possui foco de atuação no Hospital de Clínicas da região. Além de também possuírem vivências em Centros Especializados de Odontologia (CEO), Atenção Odontológica Hospitalar e também na Atenção Primária. Já o Programa de Saúde da Família e Comunidade possui campo maior de atuação na atenção primária em saúde, mas também têm vivências em outros serviços como o CEO e Pronto atendimento.

A estomatologia possui objetivo de identificação de lesões cancerizáveis da mucosa oral, como leucoplasias, eritroplasias ou lesões leucoeritroplásicas. E geralmente é responsável por realizar o diagnóstico definitivo do câncer de boca e demais encaminhamentos necessários referente ao tratamento (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Por essa razão, os residentes de saúde bucal com ênfase nas áreas de Estomatologia possuem contato direto com pacientes diagnosticados com câncer bucal.

Os cirurgiões-dentistas atuantes da Atenção Primária em Saúde são os principais responsáveis pela coordenação do cuidado desses pacientes. São estes, que irão identificar as lesões, orientar o paciente e encaminhá-lo corretamente aos serviços secundários ou terciários para o diagnóstico e tratamento (MENDES, 2010). Ou seja, em sua maioria, o primeiro contato do paciente com câncer bucal na rede de serviços de saúde será na Atenção Primária (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

5.1 Acolhimento e produção de vínculo na rede de saúde e a atenção ao câncer bucal

Quando se preconiza a utilização de tecnologias leves no trabalho em saúde, as ferramentas de saberes fundamentais para a sua realização são os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações em saúde. O acolhimento envolve trabalhadores de saúde, gestores e usuários, a partir deste, pode-se entender as reais necessidades dos usuários e direcionar as ações em saúde. Essa é a primeira ação a ser realizada por toda a equipe ao receber o usuário e se expressa na relação entre os atores envolvidos. Conhecer o paciente pelo nome, procurar saber os motivos da sua vinda, além de proporcionar um espaço e postura amigável e acolhedor para que o usuário sinta confiança para relatar suas reais necessidades (COELHO; JORGE, 2009).

O primeiro contato com o paciente com suspeita ou confirmação de câncer de boca é realizado de forma individualizada, pelos residentes, foi ressaltado a importância dessa primeira consulta para realmente conhecer o paciente e sua história, como por exemplo é relatado na fala de E3:

“O paciente faz toda uma primeira consulta com a gente, onde a gente levanta toda uma série de informações pra poder colocar no nosso prontuário pra ter os dados do paciente, pra gente saber um pouco da história dele”

É observado então o acolhimento na prática, uma vez que sua principal característica é de espaço de escuta qualificada, para além de diagnósticos técnicos mas também as

subjetividades e contextos sociais dos indivíduos. O acolhimento é uma diretriz importante da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo uma tecnologia que parte do princípio de que o usuário do sistema de saúde precisa se sentir confortável e bem-vindo naquele espaço. Sendo as suas angústias e necessidades escutadas e, na medida do possível, resolvidas, ao passo que o profissional deve se responsabilizar pelo usuário (BRASIL, 2008).

A partir dessa consulta inicial, são observadas as características de cada paciente e, dessa forma, as abordagens de acolhimento são adaptadas pelos profissionais, como é expresso na fala de E1:

“Na verdade, não existe um protocolo, digamos assim, depende de cada caso, cada caso é tratado de uma forma, depende de como o paciente chega pra mim, da noção que ele tem do que é”.

Essa estratégia é utilizada na primeira consulta para reconhecer qual o entendimento do paciente sobre a doença.

Após entender sobre as percepções do próprio paciente para com a doença, é possível, então, organizar a comunicação a fim de esclarecer o paciente sobre a enfermidade, suas causas, consequências e possibilidades de tratamento. É importante ressaltar sobre a relevância da sinceridade do profissional com o paciente sobre a possibilidade do diagnóstico já na consulta inicial, como, por exemplo, foi relatado na fala a seguir:

“[...] eu sempre deixo claro pro paciente, no meu primeiro contato, que eu acredito que possa ser uma lesão maligna, para preparar ele” (E1)

Utilizar-se de palavras que estejam no vocabulário do paciente, para que ele compreenda o que se explica também esteve presente na fala dos residentes. Assim, resalta-se a importância da competência profissional em perceber o paciente, conhecer suas subjetividades e contextos de vida, para que a comunicação possa ser efetiva a fim de que o paciente possa compreender questões sobre sua doença, tratamento e prognóstico. Nesse sentido, foi relatado a utilização de mecanismos de *feedback* após as explicações, para ter certeza de que o paciente compreendeu as orientações, além da disponibilização de contato para posterior resolução de dúvidas que surgirem.

Entretanto, é importante ressaltar que o acolhimento não é realizado apenas na primeira consulta do paciente, e sim por qualquer profissional em qualquer momento em que o paciente é atendido nos serviços. Nesse encontro de atores, realiza-se, então, o acolhimento de forma dialogada em que o profissional escuta e discute com o paciente a fim de, juntos, perceberem as reais necessidades em saúde envolvidas e o melhor modo de resolvê-las. Deve-se então

qualificar a relação entre trabalhador e usuário, a qual deve se basear por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (COELHO; JORGE, 2009).

O vínculo é uma das ferramentas de tecnologia leve das relações no trabalho em saúde em que os profissionais se responsabilizam por determinados pacientes, proporcionando a interação geradora de "laços" entre profissional e usuário. O vínculo é um processo que demanda tempo e energia dos atores envolvidos, não um acontecimento imediato. Quanto maior o vínculo alcançado, melhor será a troca e saberes entre trabalhadores e comunidade, e consequentemente melhor será o resultado no processo do atendimento às necessidades dos usuários (COELHO; JORGE, 2009). Em relação a isso, durante as entrevistas dos residentes, o tema foi controverso, pois ao mesmo tempo em que estavam presentes algumas falas que afirmam a existência da construção de vínculo com os pacientes, também houve falas sobre a dificuldade de alcançar o vínculo de fato.

O exemplo mais presente nas entrevistas da equipe de Estomatologia em relação ao vínculo foi direcionado ao tempo em que os pacientes são acompanhados pela equipe, desde a primeira consulta, biópsias, comunicação de diagnóstico e revisões durante o tratamento oncológico. Confere-se abaixo relatos que expressam isso:

“[...] o vínculo mesmo, assim de o paciente me conhecer, confiar em mim e tudo mais, ele vai sendo construído né, não é assim na primeira consulta [...], normalmente eu costumo falar pros pacientes que eles vão “casar” com a nossa equipe né, porque a gente não abandona eles nunca mais, a gente encaminha eles pra onco, cabeça e pescoço e otorrino, mas eles sempre ficam vindo com a gente, acompanhando o tratamento, fazendo o suporte ali, adequação bucal, manejando sintomas que acabam aparecendo ali.. mucosite e todas aquelas coisas durante o tratamento oncológico, eu fico ali dando esse suporte.” (E1)

“a gente tem essa primeira consulta, e a partir dessa primeira consulta, o paciente retorna com a gente pra fazer o procedimento e depois ele retorna uma terceira vez para receber o laudo do diagnóstico dele, que ele está com câncer, e nós fazemos o acompanhamento, porque muitos desses pacientes serão encaminhados da nossa equipe pra equipe da cabeça e pescoço ou pra equipe da otorrino, mas ele vai seguir em acompanhamento com a gente, então a gente consegue construir um vínculo e fazer o acompanhamento desse paciente durante todo o tratamento dele” (E3)

Visto isso, sabe-se que o vínculo é fundamental para o ato de acolher o usuário. Entende-se vínculo como uma relação especial com embasamento de aspectos emocionais e de apresentação física, considerando o tom de voz, direção do olhar, gestualidade e postura corporal. Essa postura é uma forma de oposição à despersonalização que ocorre como consequência da racionalidade biomédica, essa que muitas vezes enxerga o paciente como um

número e foca o atendimento ao redor da doença e seus procedimentos diagnósticos e terapêuticos técnicos (ALEXANDRE et al., 2019).

Ao mesmo tempo que se reconhece, pelos profissionais, que o vínculo é um aliado na comunicação durante todo o processo terapêutico de cuidado, foram percebidas limitações à criação de vínculo nos serviços. Uma delas é devido à rotatividade profissional na organização do serviço de Estomatologia. Apresenta-se isso na seguinte fala de E5:

“Até hoje, foi um paciente que a gente atendeu durante todo o tratamento de radio, e aí hoje eu até quase não reconheci ele, porque ele tava muito bem, e ele tava bem debilitado durante o tratamento, e daí foi bem marcante ver ele depois do tratamento.”

E, também na fala de E2 a seguir:

“Bem que eu queria acompanhar só aqueles pacientes que eu acabo pegando na consulta inicial ou fazer o procedimento de biópsia ou até mesmo entregando o diagnóstico, bem que eu queria acompanhar cada vez que eles viessem, mas rotaciona bastante residente então acaba que na consulta inicial eu atendi, chega pra fazer a biópsia atende outro, chega pra receber o laudo e dar diagnóstico de câncer já é outro residente, aí quando a gente encaminha para o tratamento, ele retorna e já é outro residente, então acaba que se perde, você não consegue criar vínculo. São poucos, eu acho, que eu consegui acompanhar e criar depois de entregar o diagnóstico de câncer, agora de cabeça me lembro só de um que eu atendi na consulta inicial, consegui fazer a biópsia e consegui entregar o laudo de diagnóstico de câncer de linfoma não-hodgkin, aí o paciente ficou internado e consegui acompanhar ele durante o tratamento também da quimioterapia, e você percebe que consegue dialogar melhor, você consegue criar um vínculo ao ponto de conversar sobre coisas do dia a dia usuais, então sempre que eu via ele na internação no tratamento de suporte, eu acabava ficando com ele, trocava uma ideia, conversava tranquilamente em relação a outras situações, diferente de quando você não conhece muito o paciente você vai direcionar a sua conversa só pro que ele tem em boca, mas quando você consegue criar um vínculo você tem uma possibilidade maior de perguntar “ah, senhor, como que tá as náuseas? Ta conseguindo se locomover direito? Ta conseguindo resolver outras pendências? E aí você desenrola, conversa, cria uma certa proximidade de perguntar algumas coisas sobre a vida e enfim, você acaba trocando informações quando tem uma amizade.”

Com a existência dessa rotatividade profissional, foi identificada uma preocupação de vincular o paciente com o serviço e não necessariamente com o profissional responsável pelo atendimento, em uma tentativa de se opor a essa constante. Então, o serviço incorpora uma cultura própria de acolhimento e trabalhadores, percebido na fala de E4:

É bem legal a cultura do serviço, a gente acaba que assimila como é o serviço, né? E ali a gente abraça todo mundo, é bem legal assim, e a gente vê que ao longo do tempo, os RI também todo mundo entra nesse ritmo.

Outra limitação percebida pelos residentes na construção do vínculo, é a demanda reprimida que se formou durante a pandemia de Covid-19, e agora, após a vacinação, se torna expressivamente perceptível nos serviços. Ocasionalmente um fluxo maior de pacientes para poucos profissionais na equipe. Observado nas falas:

“A gente tá com uma demanda reprimida que a gente tá sentindo só agora. [...], a gente é conhecido por atender muito mais paciente que a gente deveria, claro a gente não consegue abraçar o mundo, mas a gente tenta dar o maior suporte possível assim” (E1)

“Pela nossa realidade da residência devido ao fluxo grande de paciente, [...] por esse sistema de rotatividade e de número de pacientes, é um pouco difícil um residente acompanhar o paciente desde o início até o diagnóstico, e também durante o acompanhamento médico.” (E2)

Percebe-se que os residentes de estomatologia se preocupam com uma boa relação entre equipe e paciente, principalmente pela resolutividade de seu trabalho, e com isso existe uma preocupação em construir laços, e por assim dizer, o vínculo. Isso é presente na maioria das falas como:

“Dou todas as instruções possíveis sempre, me coloco a disposição para tirar dúvidas, no caso de o paciente tá com dor eu faço esse papel de abraçar a causa, de disponibilizar número de telefone, de me mostrar o mais aberto possível” (E1),

“[...] a gente tem um vínculo bem próximo com o paciente, a gente atende o paciente no hospital, deixa o número de contato se o paciente precisar antecipar a consulta, [...] o nosso contato com o paciente é bem próximo, a gente acolhe o paciente em todas as necessidades dele” (E3)

“[...] procurar ser uma forma de suporte pra esse paciente, tendo um acompanhamento pra não só detalhes técnicos pra acompanhar regressão da lesão acompanhar tratamento, mas dar o suporte também de uma forma empática, você consegue também criar vínculo pra ser um suporte emocional, dar um auxílio em relação a partes do tratamento, em relação a dúvidas, então acredito que as palavras principais para esse momento são esclarecimento e empatia.” (E2)

Em relação à Atenção Primária, também foi relatado dificuldade no estabelecimento de vínculo com o paciente com câncer de boca. Por ser a principal porta de entrada da rede de atenção, percebe-se que os pacientes podem apenas ser encaminhados reconfigurando a responsabilidade de continuidade do cuidado aos serviços que se sucedem.

5.2 Comunicação do diagnóstico de câncer bucal

O diagnóstico formal de uma doença imprime a nomeação de um conjunto de alterações em que perpassam pelo indivíduo. Junto com esse diagnóstico, para quem o recebe, ocorrem atribuições de ideias e significados advindas de conhecimentos prévios e experiências anteriores. Isso possui impacto na relação do enfermo para com a sua doença e o futuro tratamento necessário. Portanto, o profissional encarregado de comunicar o diagnóstico deve possuir habilidades de comunicação de forma a repassar as informações para os sujeitos de modo a enfrentar as possíveis representações simbólicas atribuídas (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

As doenças que possuem histórico de potencial letalidade conhecida pelos indivíduos geram angústias, medos e sentimentos negativos ao paciente. Essas enfermidades proporcionam um sentimento de fragilidade do ser humano frente ao mundo e oportunizam a percepção sobre a finitude da vida. Esses aspectos criam tensão para o indivíduo enfermo e também para as pessoas próximas a ele, isso se reflete não apenas durante o processo do diagnóstico, mas também durante todo o percurso terapêutico (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

A rotina dos residentes inseridos no serviço de Estomatologia, exige que executem a comunicação do diagnóstico de carcinomas com certa frequência. No princípio, todos relatam a ansiedade e preocupação em relação a essa responsabilidade, mas com o tempo, aliado ao estudo e a prática, conseguem adquirir segurança para a comunicação, como, por exemplo, expresso na fala de E3 a seguir: *“O diagnóstico, pra mim, era a parte mais difícil quando eu entrei na residência, porque nunca é fácil tu dar o diagnóstico de uma doença que as pessoas ainda têm muito medo. E hoje eu acredito que eu sou uma pessoa muito mais segura pra dar esse diagnóstico”*

Então, a realização da comunicação do diagnóstico na prática, aliado ao conhecimento dos fatores relevantes no cuidado do paciente com câncer bucal, além de também vivência e esclarecimento dos fluxos desses pacientes na rede, foram percebidos fundamentais para que os residentes se sentissem melhor preparados para essa tarefa. Isso é presente na fala de E6 a seguir:

“eu me sinto preparada, eu conseguiria explicar o lado humano, acolher o paciente, e também sinto que eu já tenho informação suficiente sobre o câncer e sobre a rede, que é uma coisa que eu não me sentia muito preparada antes da residência, eu não saberia explicar o que viria depois.”

Também foi possível perceber as dificuldades do processo da comunicação do diagnóstico, principalmente o manejo frente às diferentes reações que essa comunicação pode despertar nos pacientes. Isso pode ser percebido na fala de E1:

“nunca é fácil, mas você acaba adquirindo uma postura mais sensível, mas ao mesmo tempo você não vai chorar junto com o paciente, às vezes eles começam a chorar e você acaba conseguindo manejar isso”

Quando perguntado os meios e estratégias para comunicação do diagnóstico, foi relatado a existência de artigos na literatura que explicitam de forma protocolar a comunicação de notícias ruins aos pacientes. Entretanto, é difícil para os residentes encarar uma tarefa tão complexa como essa de forma a seguir um protocolo, tendo em vista a história dos pacientes e suas características distintas de processar e aceitar as informações que são comunicadas. Observa-se isso nas falas:

“Existem artigos na literatura que te dizem como fazer isso né, mas como eu te falei é muito difícil seguir um protocolo, pra mim cada caso é um caso [...]. Até tem técnicas e tal, mas na prática você não vai pegar um protocolo e falar pro paciente um roteiro de coisas escritas, depende muito de como o paciente vai reagir, depende se ele entende isso, se o familiar que vai ficar um pouco mais responsável, tudo depende.” (E1)

“existem alguns protocolos que se aplica para comunicação de notícias ruins, um estudo que é o principal norteador que eu já li algumas vezes do “Spike”, [...] então você associa a experiência e você aprimora o conhecimento também na rotina, [...] mas, se for parar pra pensar, também cada paciente é único, então de acordo com o que você observa já na consulta inicial com ele, você já assimila informações pra poder usar estratégias para quando for dar o diagnóstico de câncer de boca.” (E2)

Com isso, pode-se afirmar que a existência de protocolos pode indicar caminhos e possibilidades de se realizar a comunicação do diagnóstico, mas apenas isso de forma isolada, ainda é insuficiente. Entretanto, aliado às experiências clínicas, reflexão e discussão sobre elas, pode-se alcançar formas de comunicação adequadas dependendo de cada caso. Os residentes relatam como conseguem aprender muito na prática do dia a dia e a partir de conversas entre pares:

“No hospital, a gente aprende muito com os residentes mais antigos ou com professor, mas mais com os residentes, que aprenderam com outros residentes, a gente vai passando um pro outro, então normalmente, os primeiros diagnósticos que eu estava junto, eu só olhei. [...], e claro a gente discute né, “quem sabe tu aprimora essa questão, faz tal coisa ou fala de tal jeito”. A gente, como equipe, acaba adquirindo uma liberdade e uma intimidade pra poder ir fazendo essas coisas e tentar melhorar como profissional.” (E1)

Então, afirma-se a importância da residência como um lugar de um rico aprendizado, tendo como base a formação em serviço. Uma vez que a teoria isolada se faz insuficiente, mas

aliada a experiência prática, oportuniza um maior ensino realmente efetivo, que faz com que os educandos se sintam capazes e seguros em relação a sua prática (KRÄMER; MARTINS; DE MARCHI, 2020).

Ainda nesse ponto, notou-se uma frequência entre as falas dos residentes, sobre como eles haviam captado aprendizados observando outros profissionais realizando a comunicação do diagnóstico aos pacientes de formas que eles consideraram inadequadas. Isso é percebido, por exemplo, nas falas a seguir:

“a primeira vez que passei pela situação de dar diagnóstico, foi primeiro observando os colegas, então posso dizer que de início eu aprendi pontuando os erros que eu vi, por exemplo, no início da residência acompanhando 2 colegas eu vi que tava havendo um conflito de informações entre um e outro, e o paciente ali no meio, sabe, recebendo aquela notícia, o colega X falando algo e o colega Y corrigindo ou falando alguma coisa diferente, é por isso que eu falo que o esclarecimento é super importante, então, aquilo ali foi o primeiro aprendizado que eu tive com essa forma de lidar com os pacientes.” (E2)

“[...] um dia eu vi um colega dando o diagnóstico e eu achei que ele foi muito direto assim, ele não foi nada empático pra dar o diagnóstico pra aquela pessoa que tava ali, que era uma pessoa que já tava ansiosa, ela claramente não tava esperando aquele diagnóstico, e eu achei que ele foi muito direto ao ponto, enfim, a paciente chorou, e aí eu me senti mal e pensei “bom, eu não quero fazer da mesma forma, então eu fui procurar métodos, eu fui pra literatura, ver como era a maneira que alguns profissionais usavam pra dar notícias ruins pros pacientes, então eu tentei me basear nisso.” (E3)

“Observando, eu achei importante a forma como foi explicado pra ele o estágio, foi mostrado o laudo da biópsia, e o preceptor tentou explicar ponto a ponto o que eram aquelas palavras do laudo, e também explicou o que aconteceria depois, para qual serviço ele seria encaminhado, que provavelmente passaria por uma cirurgia, então eu achei importante que ele saiu bem instruído da consulta. Mas não sei, talvez por uma característica minha de tentar apadrinhar melhor o paciente, eu sinto que faltou um pouco mais de sensibilidade de ouvir mais o paciente no momento do diagnóstico, eu sinto que o profissional ficou muito preocupado em seguir um protocolo pra ele ficar bem orientado, mas talvez não deu tanto espaço pra ele tirar suas dúvidas ou mostrar que entendeu.” (E6)

Essa postura de insensibilidade com o paciente no momento do diagnóstico observada pelos residentes foi evidenciada também em uma pesquisa realizada por Doró et al. (2004), que entrevistou um grupo de psicólogos que trabalhavam em um hospital diretamente com pacientes oncológicos. Quando questionados sobre a sua interpretação do significado do câncer, se detiveram em respostas racionais e técnicas com um predomínio de explicações teóricas. Os autores explicaram esse fenômeno, sendo como uma defesa psíquica de fuga dos profissionais da própria imagem internalizada da doença.

Em relação ao diagnóstico, uma estratégia presente nas falas foi o aproveitamento da primeira consulta para realizar uma observação minuciosa em relação às características de personalidade do paciente e a aceitação para com a possibilidade da sua doença, e a partir disso adequar a forma de se comunicar. Isso é expresso nos trechos: “*depende do caso, do perfil do paciente, de como foi a minha primeira consulta com ele, de como ele aceitou o fato de que é uma hipótese de aquilo ali ser um câncer né, aí eu já tenho uma ideia de como vai ser quando eu for entregar o laudo.*” (E1),

“[...] tem paciente que já sabe que se trata de uma lesão maligna antes mesmo da biópsia então tem paciente que fica indiferente, você comunica, ele recebe o diagnóstico e a priori ele fica de uma forma que “ok, já sabia disso”, então, você também modifica a sua forma de se comunicar, mas nem sempre esses pacientes que você pensa que estão indiferentes nesse diagnóstico estão indiferentes, às vezes eles tem uma emoção um pouco mais contida, então naquele momento não expressou nada, mas em casa eles realmente percebem o quanto aquilo ali pode ser grave pra ele né, estando mais com a família ele demonstra mais emoções, mas tudo depende da reação que você tem no primeiro contato com o paciente e aí você conhece e se adequa também.” (E2)

“eu já avalio o paciente em uma consulta prévia, numa primeira consulta que o paciente chega pra gente eu já falo “Olha, o senhor sabe que existe a possibilidade de isso ser câncer? E se isso for câncer, como que isso vai ser? Como isso vai impactar na sua vida? [...] Por conta disso, como a sua família vai lidar com esse diagnóstico?” Então eu já tento preparar o paciente antes, para caso venha o diagnóstico, você falar “olha, pode ser que não seja, mas a chance maior é de que seja, e se for, o senhor pode ficar muito tranquilo porque a partir do diagnóstico, o senhor vai sair daqui encaminhado para um tratamento, já vai sair daqui com algum encaminhamento para dar seguimento, o senhor não vai ficar com o diagnóstico e ficar isso no vazio.” (E3)

Então, é realizada uma investigação sobre as percepções e conhecimentos do paciente para com a sua doença, e o quanto esse diagnóstico irá impactar na sua vida e na vida das pessoas ao seu redor. E a partir disso, são pensadas maneiras de realizar essa comunicação de forma mais adequada possível.

Sabe-se que a partir do ponto de vista do paciente oncológico uma boa comunicação com a equipe de saúde é uma ótima ferramenta para o alívio de sintomas e conforto frente ao problema. Com ênfase na honestidade com o paciente oncológico, o que favorece a relação de confiança entre os envolvidos, essencial no processo do cuidado (THEOBALD et al., 2016). O que vai de encontro com os discursos dos residentes quando relatam sobre as suas estratégias e vivências de comunicação do diagnóstico.

De forma geral, foram ressaltadas algumas características importantes na hora de comunicar o diagnóstico de carcinoma, entre elas estão: o acolhimento e a validação dos

sentimentos do paciente e de como ele expressar isso no momento, olhar nos olhos do paciente, se manter calmo, esclarecer o mesmo sobre a doença de forma compreensível e demonstrar que o paciente não está sozinho durante esse percurso. Como relatado por E1 *“Olhar no olho do paciente, de tentar ser o mais claro possível, de mostrar que você tá ali né, que você vai acompanhar, eu sempre falo que o câncer não é uma sentença de morte né”* e:

“Você tem que saber falar aquilo de uma forma que você acolha o que o paciente possa ter como reação, esclarecer sobre o que aquilo pode impactar na vida dele né. [...] de forma clara, com um familiar presente se possível, olhando nos olhos, falando de forma pausada, tentando, a todo momento, perguntar pro paciente se ele tá conseguindo compreender, sem demonstrar algum desespero, você validar aquilo né, mostrar empatia, né, que você também se solidariza a possíveis expressões mais emotivas” (E2)

“falar com calma; não falar coisas muito técnicas porque é um momento muito delicado; não deixar ter pessoas na sala, porque é um momento íntimo também; preferivelmente o paciente estar com acompanhante; antes de dar o diagnóstico perguntar pro paciente o que ele tá esperando daquela consulta, o que ele acha que vai acontecer, se ele tem uma noção do que tá acontecendo com ele, se ele tem alguma ideia do diagnóstico, trazer o paciente pro entendimento do que tá acontecendo com ele, né, e entender se ele tá preparado pra escutar aquilo; dar todas as informações, mas da maneira mais simples possível, porque depois que a pessoa escuta que tá com câncer, eu imagino que deve dar tipo um “piiii” que tu não escuta mais nada né? E a gente vê nos olhos dos pacientes que meio que acontece isso. Então tentar fazer a pessoa entender e não deixar a pessoa sair com dúvida, a gente sempre pergunta muitas vezes se tem alguma dúvida, se tem alguma outra coisa que a gente possa fazer pra ajudar, sempre se colocar a disposição, a gente dá o nosso telefone.” (E6)

A conversa, o esclarecimento e uma boa comunicação pode evidenciar uma melhora significativa dos pacientes, isso pode se expressar na redução do estresse psicológico que os mesmos enfrentam principalmente nos momentos de angústia em que as dúvidas estão presentes. Essa estratégia no cuidado é comprovadamente eficaz para a redução de sintomatologia e promove efeitos positivos no tratamento do indivíduo (THEOBALD et al., 2016).

Foi ressaltado a importância de explicar minuciosamente sobre todos os aspectos da doença ao paciente, além das possibilidades de tratamento e seus efeitos. O profissional encarregado de realizar o diagnóstico de câncer de boca deve conseguir deixar o paciente esclarecido sobre sua doença e sobre as realidades do tratamento, para que o paciente consiga a partir disso iniciar o seu processo terapêutico, visando também a autonomia desse paciente nesse processo, e a construção de uma relação de confiança e vínculo com o profissional (THEOBALD et al., 2016).

Confere-se isso nos trechos: “[...] como a gente costuma dar o diagnóstico a gente acaba virando a referência de base pra eles” (E1) e

“Eu acredito que como é o primeiro profissional que vai comunicar essa doença que vai impactar na vida dele, eu procuro exercer o papel de esclarecimento a esse paciente, como é o momento que o paciente precisa entender bem o que ele tem, procuro falar de uma forma mais pausada, eu sei que eu tenho um papel principal no sentido de que eu vou abrir o entendimento para o que ele tem, sempre procurar usar palavras mais simples e diretas também, sem rodear com informações desnecessárias, ser sempre direto e claro com ele. E eu acredito que se aquele profissional que vai dar o diagnóstico pra ele não consegue passar informações claras e diretas pro paciente e o quanto aquilo vai impactar na vida dele, no decorrer do tratamento ele vai ter dúvidas, vai ter desconfiança [...]” (E2)

O esclarecimento se relaciona com a questão de informar ao máximo o paciente a partir das informações repassadas, pois sabe-se que ainda existe um estigma muito grande quando se trata de questões como câncer, por ser uma doença que pode evoluir a óbito e por conta do tratamento complexo que impacta expressivamente na qualidade de vida não só da pessoa que possui a doença, mas das que estão ao seu redor também (SALES et al., 2010).

Frente a isso, o profissional que comunica deve informar e fornecer meios de enfrentamento da doença, de forma que o paciente se sinta assistido e seguro para dar seguimento aos cuidados. Isso é expressado, por exemplo, na fala de E1 que segue:

“a gente vai tratar, a gente vai fazer o máximo que der, a gente vai ficar aqui, já to com esses exames que eu sei que o médico vai pedir lá na frente, vamos tentar adiantar o que der”.

Então, devido à associação da doença com a morte como uma certeza enraizada, no momento da comunicação do diagnóstico do câncer inicia-se um processo de luto antecipado da vida do paciente e de tudo que o envolve (DÓRO et al., 2004). Então, é importante reforçar o otimismo percebido durante as entrevistas dos residentes de Estomatologia. Conseguir acolher o paciente em seus medos e necessidades, e a partir disso reforçar sua força e de suas potencialidades. Mas também, sem deixar de lado algum ponto de realismo compatível com o prognóstico da doença, como E2 relata:

“sempre também acompanha ele pra poder ouvir o paciente, as expectativas dele em relação ao tratamento e da equipe médica, e ouvir, talvez reforçar de alguma forma que ele vai conseguir enfrentar aquele momento, sem também tendo ciência de que tudo vai depender da condição e aceitação do tratamento e da condição do organismo né, se tiver uma lesão de câncer bem avançada, a gente procura também ser realista e verdadeiro com o paciente sobre como pode ser prognóstico, mas considerando diagnóstico na fase inicial do câncer a gente procura ser mais otimista também de alguma forma” (E2)

Mas, mesmo com o conhecimento e alguma prática, foram levantados sentimentos de medo, tristeza e ansiedade por parte dos residentes em relação ao diagnóstico dos pacientes com

câncer bucal. Até uma certa cobrança de deixar o caso clínico do paciente não afetar a vida pessoal do residente. Entretanto, sabe-se que o sofrimento do paciente pode despertar no profissional de saúde a consciência do seu próprio sofrimento (DÓRO et al., 2004). Exemplifica-se a seguir um relato que retrata isso, em que o profissional também se questiona e diz tentar lidar com isso no dia a dia:

"Mas nunca é fácil, às vezes a gente sai abalado, porque ali na frente você tem que ficar forte né. E a gente não tem esse preparo na graduação, eu sempre falo que eu não fui preparado pra perder paciente [...]. Eu sempre falo, não existe uma balança entre você ser frio e você ser empático, mas você tem que ficar nesse meio, você não pode perder a sua empatia, mas você não pode levar os casos pra casa, você tem que saber que quando você sair do hospital, o caso fica lá, a gente sabe que é muito difícil separar, então, tem que tentar lidar com isso da forma mais saudável possível mas nem sempre vai dar certo." (E1)

Destaca-se, então, a residência como um processo intenso de aprendizagem que permite reflexão sobre a vivência no campo de atuação para a formação de profissionais humanizados na sua prática ao cuidado em saúde. Confirma-se, então, os achados de outros estudos com profissionais residentes que relatam sobre como a residência permitiu o crescimento pessoal e uma abertura para a mudança como ser humano, mudança esta que reflete aos princípios de cuidado humanizado (KRÄMER; MARTINS; DE MARCHI, 2020), na fala que segue:

"Eu no começo eu achei pesado, enfim, porque a gente lida com paciente oncológico. Eu vou te dizer que lidar com esses pacientes me tornou um profissional muito melhor, que embora seja um ambiente muito pesado, é um muito enriquecedor pra minha formação de uma maneira geral, eu aprendi muita coisa, eu aprendi tanto como dar diagnóstico de uma maneira correta e não simplesmente jogar a informação pro paciente, tanto como lidar com os paciente internados, lidar com os familiares, que é uma coisa muito difícil, justamente porque é o trabalho que a gente desenvolve diariamente, se eu não tivesse feito residência talvez eu não conseguiria desenvolver isso, eu ficaria 50 anos sendo dentista e não ia conseguir lidar bem, trabalhar bem esse lado assim." (E3)

Para a construção desse perfil de profissional comentado acima, durante a residência, os profissionais participam obrigatoriamente de atividades científicas, acadêmicas, sociais, educacionais, entre outras. Então, essa modalidade de pós-graduação possibilita uma abordagem em que se coloca os residentes frente a dicotomia entre a teoria e a realidade prática do trabalho em saúde, permitindo assim uma formação reflexiva, resolutiva e transformadora (FERNANDES et al., 2015).

5.3 Construção do itinerário terapêutico

Após a consulta inicial e a comunicação do diagnóstico, antes e durante o tratamento oncológico o paciente continua em acompanhamento com a equipe de saúde bucal. Seja para adequação do meio bucal e prevenção de problemas futuros, seja para tratamentos das alterações orais que o tratamento oncológico pode ocasionar. Então, o contato da equipe odontológica e o paciente com câncer de boca permanece durante todo o processo de doença (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

A totalidade dos residentes, quando questionados sobre a construção do itinerário terapêutico, levantaram pontos concretos específicos focados no aspecto biológico que a envolve. Isso corrobora com o fato de que a construção de itinerários terapêuticos aos pacientes com câncer bucal, ainda apresenta a persistência à utilização de estratégias apenas relacionadas ao trânsito de sujeitos pela rede de serviços de saúde, estando quase que estritamente no entorno biomédico. Isso acaba enfatizando o processo do cuidado sob uma perspectiva de reflexão e estudos sobre a doença, cura e biomedicina (PINHO; PEREIRA, 2012).

Uma questão presente na fala dos residentes de Estomatologia foi a questão de hábitos como o alcoolismo e o tabagismo, por serem fatores associados ao desenvolvimento do câncer de boca, a orientação sobre a cessação desses hábitos é uma prioridade. Porém, ao mesmo tempo que é de conhecimento em relação a importância dessa orientação, a realidade faz com que os profissionais compreendam fatores subjetivos e de próprio contexto de vida dos pacientes, o qual se faz muito difícil essa mudança. Ressalta-se isso na fala de E1:

“Normalmente os paciente costumam aderir ao tratamento certinho ali, com exceção da parte de tabagismo e álcool, que a gente também não é muito preparado na faculdade, e é algo que eu trabalho muito nos pacientes e eu vejo que é muito difícil eles conseguirem abandonar, principalmente, largarem em um momento que eles tem uma notícia dessa né, que o cigarro é uma válvula de escape, querendo ou não, então, daí ele vai fumar mais do que pensar em parar de fumar né, então tá aí outra coisa que a gente tem que entrar e talvez referenciar pra APS, mas tem que partir do paciente, ele querer.”

Em relação à cessação de hábito do tabagismo, nota-se, então, a possibilidade de união entre atenção secundária e terciária de saúde com a atenção primária, para que exista a continuidade do cuidado do paciente com câncer bucal. A fala de E1 retrata o encaminhamento desse paciente à APS, a qual pode atuar como por exemplo inserindo o paciente em intervenções em grupos de cessação de tabaco já existentes nas unidades de saúde, assim como abordagens individuais e familiares, cognitivo-comportamentais, prescrições de medicamento (PRETTO; RECH; FAUSTINO-SILVA, 2022).

Entretanto, a fragmentação das Redes de Atenção em Saúde ainda é uma realidade, em que há uma dificuldade dos diferentes pontos de atenção em se comunicar e trabalhar em

conjunto para alcançar a integralidade do cuidado (MENDES, 2010). Isso é retratado na entrevista, visto que os residentes da atenção secundária não referenciam o paciente para a atenção primária, e a atenção primária confirma quando relata não receber contrarreferência desses pacientes durante a sua prática no serviço.

Para reconhecer exemplos como esses, existe uma necessidade de um olhar mais empático e de cuidado no sentido amplo da palavra. Se não, os profissionais estão fadados a seguir um caminho de frustração, em que a culpabilização pela própria doença se coloca no indivíduo que a possui, visto que estratégias de prevenção e tratamento de dependentes de tabaco baseadas na culpa e no medo possuem pouca efetividade (RENOVATO et al., 2009). Se reconhece isso em uma das falas de E4 abaixo, em que retrata a importância do manejo adequado em relação aos hábitos prejudiciais como o uso de tabaco e álcool:

“a gente procura falar, mas a gente tenta não criar uma responsabilização do paciente pela doença dele, porque é uma tendência que a gente tem as vezes que a gente tem de dizer ah tu está com câncer porque tu fumou, né? Não pode fazer isso, então isso é uma coisa que a gente tem que ter cuidado também, de tentar explicar pro paciente a importância de cessar o hábito ou reduzir o hábito, a gente sempre reforça isso porque as vezes não vai ser possível parar totalmente, mas se ele conseguir reduzir progressivamente vai ser bom, mas a gente tenta fazer isso de uma maneira que a gente não vá explicitar assim tipo “tu é responsável pelo que aconteceu contigo” porque isso só deixa tudo pior né, e daí acaba que quebra um pouco o vínculo também”

Visto que não é de hoje que se observam discursos impregnados de julgamentos de valor em relação ao tabagismo, o inserindo em um contexto negativo de moralidade. Ocorre uma responsabilização individual sobre os riscos, ocultando, dessa forma, outros componentes relevantes como o contexto histórico e social que contribuiu e contribui para a dependência da nicotina de milhões de pessoas (RENOVATO et al., 2009).

Um papel importante na construção do cuidado sob perspectiva das tecnologias leves é o trabalho em equipe. Uma vez realizado o acolhimento, percebe-se as necessidades em saúde do paciente, e para a resolução dessas, muitas vezes, são necessárias ações que envolvem a contribuição de diferentes profissionais, visando a integralidade do cuidado. Quando os profissionais trabalham de forma individualizada, as informações aos paciente podem se dar de forma insuficiente, devido à falta de comunicação entre os profissionais, dificultando a integralidade do cuidado e dificultando também as relações entre equipe e profissional, há uma fragilidade nas relações de confiança (COELHO; JORGE, 2009).

Uma crítica presente na fala dos residentes foi a ausência do cirurgião-dentista nos rounds multiprofissionais realizados durante o tratamento dos pacientes diagnosticados com

câncer bucal. Como retratado na fala de E2 “*é uma falha que eu acho que não deveria haver né, os médicos fazem os chamados rounds né que discutem os casos dos pacientes e tudo mais e nós não participamos, como a gente recebe todos os pacientes do câncer de boca seria interessante a gente participar da discussão*”.

A frustração às vezes dentro dos serviços, pois a realidade mostra-se inflexível, em verdade o residente consegue notar as incoerências que acontecem nos serviços, e muitas vezes não enxerga abertura para mudança. Como por exemplo, a dificuldade dos profissionais que recebem esses residentes nos campos, mas não tiveram formação multiprofissional e o residente se depara com uma prática totalmente descolada das outras equipes (KRÄMER; MARTINS; DE MARCHI, 2020).

Em vista disso, é preciso reorganizar o processo de trabalho a fim de deslocar seu eixo central no médico para uma equipe multiprofissional. Já existem evidências de como o cirurgião-dentista pode atuar em relação aos pacientes oncológicos, e o quanto esse profissional pode impactar positivamente atuando no cuidado e pode ser um importante aliado no tratamento dessa condição. Sendo assim, a exclusão desse profissional nas discussões de caso dos pacientes, é um fator que pode limitar a boa comunicação interdisciplinar, interferir negativamente no cuidado (OLIVEIRA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2021).

Relata-se em outros trabalhos, a satisfação por parte dos residentes quanto a realização de ações multiprofissionais na busca pela integralidade das ações em saúde. Isso explica o descontentamento dos residentes deste estudo quando falam sobre a sua não participação nos rounds multiprofissionais de tratamento de seus pacientes. Existe o sentimento de desvalorização da profissão e o conhecimento de falha do princípio da integralidade do cuidado (FERNANDES et al., 2015).

Em contrapartida, também houveram falas de satisfação com o trabalho multidisciplinar demonstrando a responsabilização do profissional, apresentado na fala de E1: “*Em casos que estão com bastante dor, eu acabo tentando fazer muito a ponte com o médico, a gente é muito privilegiado ali, tem a equipe pra dor no hospital. Eu não to muito acostumado pra prescrever morfina, às vezes eu dou uma fugida ali e peço, porque nesse meio tempo o paciente vai ficar sentindo dor e eu tento minimizar o sofrimento o máximo que eu posso.*”

A literatura evidencia que portadores de câncer de boca e orofaringe geralmente apresentam variados níveis de dor nessas regiões. A dor pode desenvolver múltiplos fatores negativos, geralmente está associada com interferência do sono, levando a quadro de ansiedade e depressão. A dor crônica pode gerar hábitos parafuncionais, além de apresentar dificuldades de alimentação e com isso influenciar uma série de prejuízos biopsicossociais, como

deficiências nutricionais, desidratação e até não participação do indivíduo nas atividades sociais. Além disso, prejudica também a higienização da boca, o que possibilita impacta na saúde bucal do indivíduo (FERNANDES; CHIACCHIARETTA; SCARPEL, 2022).

Um ponto muito discutido na área da oncologia, em que a medicina tradicional possui o objetivo da cura da doença a qualquer custo, mesmo que se ultrapassem limites muito negativos em relação ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos envolvidos (SALES et al., 2010). E isso se reflete no processo do cuidado dos profissionais de saúde, como é percebido na fala de E3, ao mesmo tempo que se apresenta contrapontos à ideia central da medicina tradicional como é visto a seguir:

“[...] eu chegava com o melhor das boas intenções na paciente para fazer o laser né, esse paciente tava com mucosite, e o paciente não queria fazer o laser, e eu ficava muito bravo, era pro bem dele que eu queria fazer, e hoje em dia eu consigo entender que, poxa, a pessoa não queria ta ali naquele hospital, a pessoa fica as vezes 90 dias internada, sem poder ter a visita de um parente, não é de Porto Alegre né, a pessoa é longe, porque se é de Porto Alegre o parente consegue vir até o hospital e consegue conversar, às vezes são do interior e não conseguem nem ligar, então durante toda a internação a pessoa fica sozinha. E hoje eu aprendi a me colocar realmente no lugar do paciente e do familiar, entender o que eles estão sentindo.” (E3)

A partir disso, afirma-se que a escuta qualificada a fim de que se conheça o usuário em seus contextos de vida, pode ser útil na elaboração de um cuidado mais realista, respeitando os anseios e angústias dos pacientes. Além de possibilidade de construção de um itinerário terapêutico com base nas necessidades em saúde do paciente e em conjunto com o paciente.

5.4 Estratégias de humanização do cuidado

Os pacientes oncológicos exigem uma demanda de profissionais em saúde humanizados, que possam identificar as necessidades em saúde que vão além do campo biológico e que construam estratégias de cuidado incluindo aspectos subjetivos desses pacientes (CALDEIRA; DE CARVALHO; VIEIRA, 2014). Essa demanda foi um fato perceptivo também pelos residentes em suas vivências com esses pacientes, podendo identificar isso na fala de E3 que segue:

“essa residência na estomatologia, serviu bastante pra desenvolver esse meu lado humano, assim, que eu não tinha muito, eu não era, embora fosse profissional de saúde e tudo e eu tivesse empatia, eu não tinha tanta empatia assim. Hoje em dia eu tenho muito mais facilidade em me colocar no lugar do outro do que eu tinha logo que eu me formei, né porque enfim a gente lida com vários tipos de pessoas, né, tu vê que os familiares e a própria pessoa cada um lida de uma forma diferente, tem pessoas que lidam mais de boa com sua doença, tem pessoas que não, aí fica a

questão da negação né, que negam a questão daquela doença, então com todos esses tipos de pessoas, a gente tem que aprender a lidar. [...]" (E3)

Dessa forma, relata como percebeu que a interação com os pacientes oncológicos o transformou em um profissional atento às necessidades emocionais e espirituais desses pacientes. Isso vai de encontro com a pesquisa de Oliveira et al. (2021) em que enfermeiros da área de oncologia buscaram conhecimentos e se aproximaram em relação ao tema da espiritualidade devido à essa demanda dos pacientes, e atribuíram conhecimento adquirido na própria atuação no serviço de saúde, uma vez que a própria vivência dos profissionais nesse âmbito retoma a dimensão do cuidado do ser humano.

A fala de E3 também explicita um dos estágios observados nos pacientes como consequência de sua condição. É comum que o paciente possa passar por fases de hostilidade e agressividade, acompanhado ao estágio de negação, em que existe a necessidade de se agarrar em algo de concreto para dar voz à negação da gravidade da doença. Após isso, é relatado um período de aceitação, mas um descontentamento e inconformismo, predominando a sensação de impotência. Podendo assim, aos poucos, esses sentimentos se externalizarem através de críticas aos profissionais de saúde e aos familiares em relação à falta de compreensão (ARANTES DE OLIVEIRA et al., 2010).

Uma vez existindo estudos comportamentais com essas características muito bem delimitadas de padrões de fases percebidas nesses pacientes, conhecendo-as, podem ser identificados, além de possibilitar as estratégias de manejo e de cuidado para cada estágio. Entretanto, para isso, é necessário que os profissionais obtenham esses conhecimentos e competências em relação às tecnologias relacionais. Em uma fala foi destacado um exemplo de estratégia de comunicação pontuando observações dessas fases, como segue:

“as vezes o paciente tá um pouco atordoado, perfil de paciente de câncer de boca é aquele homem mais velho que não tá afim de estar lá, e fica olhando pro teto enquanto tu tá falando, e a tendência que a gente tem é virar pro acompanhante e falar com o acompanhante. Porque aquela pessoa não quer te escutar, ela não quer tá ali, as vezes o cara tá puto da cara de ter ido na consulta, sabe? É o perfil do paciente em geral, do câncer de boca. Então, a primeira coisa que eu aprendi é que a gente tem que focar no paciente, não importa se ele não tá olhando pra ti, tu vai falar pra ele primeiro, né?” (E4)

Quando foi perguntado sobre estratégias que os residentes utilizaram para obter competências de humanização para o trabalho com os pacientes oncológicos, a maioria das

respostas demonstrou as suas próprias vivências como principais fatores de atribuição dessas estratégias. Através dos conhecimentos passados de residentes para residentes, discussões pontuais sobre estratégias comunicacionais, além de experiências clínicas e motivações acadêmicas focadas em competências de humanização.

Não foram observados processos educacionais teóricos sobre o cuidado, manejo, estratégias de comunicação e acolhimento desses pacientes. Demonstra-se então, uma ausência de projetos pedagógicos aos profissionais de saúde sobre a sensibilização em relação aos processos de terminalidade e tudo que a envolve. Kovács (2005) relatou essa lacuna nos espaços que se inserem os profissionais, e apresentou um plano de educação em relação a morte utilizando recursos audiovisuais promovendo a reflexão do tema.

O diagnóstico do câncer bucal com a sua imagética relacionada a morte, perpassa através da espiritualidade dos indivíduos. Mas notou-se uma ausência também nas falas dos entrevistados sobre os aspectos da espiritualidade. Sendo que, reconhece-se na literatura existente sobre o tema em relação a importância da espiritualidade no processo do cuidado, aliando-se à essa abordagem. A confusão entre religiosidade e espiritualidade podem ser fatores influenciadores na não atribuição a esse tema na abordagem do cuidado, tornando um assunto pouco explorado nas profissões da saúde (OLIVEIRA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2021).

A aproximação da finitude da vida faz o paciente iniciar uma busca de explicações fora do controle biológico e científico, se agarrando em fatores como crenças e questões psicológicas. Nessa mesma lógica, observa-se que os pacientes possuem uma tendência em desistir de saber detalhes da doença e insistem na fé como principal fator de esperança (DÓRO et al., 2004). Por isso, é interessante e inteligente unir essas duas potências para que ambas não sejam conflitantes e convergentes.

Demonstra-se no relato de caso de Arantes de Oliveira et al. (2010) que a principal característica encontrada na fase do tratamento de doenças que dialogam com a terminalidade é a necessidade de codificar significados no processo. Nesse aspecto, a espiritualidade, podendo ser expressa através da religião ou não, é parte importante do desenvolvimento do tratamento, seu principal papel é proporcionar conforto e esperança com a possibilidade de cura (ARANTES DE OLIVEIRA et al., 2010).

Além disso, o modelo biomédico fragmenta o cuidado em diversos procedimentos técnicos, o que não permite reconhecer o usuário como um agente ativo no processo da sua própria saúde. Além disso, não oportuniza a construção de um plano de cuidado a partir de um trabalho em equipe, fundamentado nas múltiplas necessidades em saúde de um mesmo indivíduo (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008)

Quando questionados sobre a construção de um itinerário terapêutico do paciente oncológico, essa fragmentação dos diversos procedimentos e áreas fica evidente nos relatos dos residentes. Existem ainda muita resistência ao processo de construção de um plano de cuidado por uma equipe multidisciplinar, e mais ainda em adicionar o próprio paciente nessa agenda. A fala de E1 a seguir explicita essa dificuldade de um trabalho integrado com outras áreas, principalmente na Odontologia:

“seria bem interessante se a gente participasse das reuniões multi, mas o dentista não é inserido nas equipes, a gente não é chamado nunca, a gente não participa dos rounds, e normalmente a fono participa, a nutrição, todos, a fisio, todo mundo participa, mas a gente não né, principalmente nesses casos que a gente faz bastante diferença como equipe assistencial acho que seria interessante a gente acompanhar de perto esse processo.”

A doença e o processo do tratamento são vividos pelos pacientes e muitas vezes, eles não são incluídos no plano terapêutico pensado pela equipe de saúde, esquecendo-se, esta, de que esses tratamentos são avaliados, experimentados, modificados, aceitos ou abandonados pelos pacientes. As novas práticas de saúde para a construção do itinerário terapêutico com a participação ativa do próprio paciente, é possível no contexto das relações, proporcionando espaço e escuta ativa às narrativas dos indivíduos (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Mas houve relatos positivos em relação à inclusão do paciente durante o planejamento do cuidado, observando a preocupação dos residentes em escutar as histórias dos pacientes e considerá-las realizando adaptações no tratamento para a busca de uma efetividade na adesão ao plano. Demonstra-se um exemplo de E1 abaixo:

“paciente que está fazendo só quimio tá, ou quimio e rádio, e ta com mucosite severa, a gente fala que o ideal se a gente fizesse todos os dias, o paciente fala: olha moro lá em tal lugar e eu não consigo ir todos os dias. E a partir disso, a gente vai tentar manejar né “olha o senhor usa isso aqui em casa nos dias que o senhor conseguir vir e nos dias que o senhor vir, a gente faz. A gente vai também dançando conforme o que tem, a gente vai prescrevendo coisas que a gente sabe que tem na rede, vendo o que tem no município de suporte e tal.”

O serviço de saúde é centrado no trabalho vivo, então, é contraditório a lógica do trabalho expresso somente por equipamentos e saberes tecnológico de estrutura. A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, é expresso por relações intercessoras entre

os atores profissionais de saúde e usuários, a qual demanda efetividade e confiabilidade (MERHY, 2008).

Visto que o usuário, muitas vezes, necessita falar de seus problemas relacionados a fatores familiares, emocionais, sociais, econômicos, entre outras, fatores que influenciam diretamente na sua condição de saúde. Com isso, é observado frequentemente que apenas a ação de ouvir e validar o sofrimento do paciente, demonstrando interesse pelo que é dito já traz alívio para o indivíduo (COELHO; JORGE, 2009). Dessa forma, se faz imprescindível a implementação e a valorização de recursos de tecnologia das relações para o oferecimento de um trabalho mais humanizado e mais efetivo nos serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo visitou, em parte, o cotidiano dos residentes do programa de Estomatologia da RISB - UFRGS e de uma residente do programa de Saúde da Família, para buscar conhecer e compreender como o cuidado do paciente com câncer bucal contribui no ensino e na aprendizagem de processos de acolhimento e produção do vínculo do cirurgião-dentista. As entrevistas trouxeram uma fragmentação do cuidado, a protocolização e a hegemonia biomédica da abordagem dos adoecimentos, em especial o câncer bucal. As competências diagnósticas e intervenções terapêuticas parecem ter um espaço privilegiado na formação em saúde, no entanto a escuta e as habilidades para o cuidado integral ainda aparecem como uma fragilidade.

Pensar no cuidado em rede nos serviços de saúde para as pessoas com Câncer bucal, passa necessariamente por olhar para a formação e para as possibilidades do trabalho em saúde e a também para a infra-estrutura dos serviços, de forma a contemplar na gestão os instrumentos para efetivar práticas acolhedoras e, de forma inequívoca, implementar abordagens multiprofissionais para o cuidado em saúde.

Desta forma, novos estudos precisam ser desenhados para que se conheça e se descortinem as potências e fragilidades no desenvolvimento de competências profissionais para o cuidado em saúde. Estas competências devem estar no centro da formação, posto que técnicas e tecnologias já amplamente conhecidas e transformadas em habilidades sempre fizeram parte do escopo das disciplinas nos cursos de Odontologia, mas as ditas tecnologias leves, como escuta e acolhimento, ainda deixam uma grande lacuna a ser desenvolvida nos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, V. et al. O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1–14, 2019.
- ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. DE S. T.; OLIVEIRA, M. C. Associated factors with oral cancer: a study of case control in a population of the Brazil's Northeast. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 894–905, 1 out. 2015.
- ARANTES DE OLIVEIRA, É. et al. APOIO PSICOLÓGICO NA TERMINALIDADE: ENSINAMENTOS PARA A VIDA. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 235–244, 2010.
- BARSAGLINI, R. A.; SOARES, B. B. N. DE S. Impactos de adoecimento de longa duração : experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 399–408, 2018.
- BILODEAU, K.; TREMBLAY, D. How oncology teams can be patient-centred? opportunities for theoretical improvement through an empirical examination. **Health Expectations**, v. 22, n. 2, p. 235–244, 1 abr. 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Presidência da República. Diário Oficial da União 20 set 1990; Sec 1, p. 18055. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Estimativa 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008a.
- CALDEIRA, S.; DE CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: Possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 28–34, 2014.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 14, n. supl.1, p. 1523–1531, 2009.
- DEDIVITIS, R. A. ; et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinomaespinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 70, n. 1, p. 35–40, 2004.
- DÓRO, M. P. et al. O Câncer e Sua Representação Simbólica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 120–134, 2004.
- FERNANDES, A. G.; CHIACCHIARETTA, J. DE M.; SCARPEL, R. D. A. Impacto da dor orofacial na qualidade de vida de portadores de câncer de boca e orofaringe. **Audiol Commun Res**, v. 27, n. e2583, p. 1–6, 2022.

FERNANDES, M. N. DA S. et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 90–97, 2015.

KOVÁCS, M. J. Educação para a Morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484–497, 2005.

KRÄMER, J.; MARTINS, A. B.; DE MARCHI, R. J. Evaluation of the Residency Programs of the Federal University of Rio Grande do Sul from the residents' view. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, p. e20200008, 2020.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176–182, 2008.

MELO, L. DE C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre**, v. 58, n. 3, p. 351–355, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MERHY, E. E. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. Merhy EE. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: **Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 8, p. 1953–1957, 2008.

MORAES, R., & GALIAZZI, M. D. C. (2006). Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação (Bauru)**, 12, 117-128.

OLIVEIRA, L. A. F. DE O.; OLIVEIRA, A. DA L.; FERREIRA, M. DE A. Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, p. 1–8, 2021.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: Trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 41, p. 435–447, 2012.

PRETTO, J. Z.; RECH, R. S.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Grupos de cessação de tabaco: série histórica de um serviço de atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, p. 1–11, 2022.

RENOVATO, R. D. et al. Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1599–1608, 2009.

ROING, M.; HIRSCH, J.; HOLMSTROM, I.; Living in a state of suspension –a phenomenological approach to the spouse's experience of oral cancer. **Scand J Caring Sci.**, v. 22, p. 40–47, 2008.

SALES, C. A. et al. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 616–21, 2010.

SANTOS, R. A. DOS; et al. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 21–29, 2012.

SOARES, É. C.; BASTOS NETO, B. C.; SANTOS, L. P. D. S. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 3, p. 192–8, 5 dez. 2019.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1249–1269, 2016.

TORRES, R. B. S. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 23, 2019.

TORRES-PEREIRA, C. C. ; et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, p. 530–539, 2012.

VOLKWEIS, M. R. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe**, v. 14, n. 2, p. 63–70, 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Projeto de pesquisa:

Data: ____/____/____

Número da entrevista

Orientação:

Este questionário é composto de duas partes. A primeira possui questões fechadas e refere-se ao seu perfil social, de formação, de trabalho e de preceptoria. A segunda parte compõe-se de algumas questões abertas abordando como tem sido os processos de comunicação do câncer bucal e o impacto disso no planejamento do plano de tratamento e a adesão da pessoa ao cuidado. Procure responder as perguntas com calma e atenção. É garantido o seu anonimato, como explicado anteriormente. Agradecemos desde já sua participação!

Parte 1 - Condições socioeconômicas, de formação e de trabalho

Bloco I
IDENTIFICAÇÃO

1.Sexo: (1) masculino (2) feminino

2.Mês/Ano de nascimento: ____/_____

4. Cidade de Origem:

5. Estado de Origem:

Bloco II PERCURSO FORMATIVO

1.Especialização Nome do curso:

Concluído Não concluído. Em andamento.

Não se aplica.

2.Residência Nome do curso:

Concluído. Não concluído. Em andamento.

Não se aplica.

3.Mestrado Nome do curso:

Concluído. Não concluído. Em andamento.

Não se aplica.

4.Doutorado Nome do curso:

Concluído. Não concluído. Em andamento.

Não se aplica.

5.Outros cursos Nome do curso:

Concluído. Não concluído. Em andamento.

Não se aplica.

6.Outros cursos Nome do curso:

Concluído. Não concluído. Em andamento.

Não se aplica.

ROTEIRO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

TEMA I: ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DE VÍNCULO NA REDE

Fale sobre o seu papel como dentista no processo de acolhimento e produção de vínculo com o paciente de câncer bucal da rede de saúde.

TEMA II: COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Discorra sobre meios e estratégias que utiliza para a realização da comunicação do diagnóstico do câncer bucal ao paciente. Como se sente nesse processo?

TEMA III: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Na sua vivência, como ocorrem as relações entre a comunicação do diagnóstico e a construção do itinerário terapêutico do paciente? Fale sobre o processo de co-responsabilização (do paciente, do profissional e da equipe) na definição do itinerário a ser percorrido na rede de saúde.

TEMA IV: COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO

Relate como desenvolveu na vida profissional competências de humanização para a comunicação diagnóstica do câncer bucal e a elaboração de itinerários terapêuticos?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **O itinerário do cuidado do câncer bucal na rede de saúde do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS** com o objetivo principal de **Analisar as competências do cirurgião-dentista no cuidado do câncer bucal na rede de saúde do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre/RS**. Especificamente, esta etapa da pesquisa se refere à participação de cirurgiões-dentistas inseridos em Programas de Residência no município, com objetivo de avaliar as competências dos mesmos na gestão do cuidado desses pacientes. Esse documento possui 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 basta assinar essa declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com as responsáveis pela pesquisa. Para participar da pesquisa você terá que apresentar alguns dados de identificação e responder a uma entrevista contendo algumas perguntas abertas sobre o atendimento clínico que você realizou. Você não precisa identificar seu nome na entrevista e terá a garantia de que nenhuma das informações apresentadas por você afetarão a qualidade e/ou continuidade no tratamento odontológico realizado por você na instituição. As respostas serão gravadas, transcritas e analisadas. Os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados. Todos os procedimentos para a garantia da confidencialidade aos participantes serão observados, procurando-se evitar descrever informações que possam lhe comprometer. Os benefícios esperados com a pesquisa serão de que espera-se contribuir para uma atenção em saúde mais humanizada. Os riscos que você pode correr ao realizar a pesquisa é de se sentir constrangido com as perguntas realizadas, caso isso ocorra você pode interromper a entrevista a qualquer momento e desistir da participação. Há também o risco de ser identificado, mas todos os cuidados de sigilo serão adotados para evitar esse risco. Caso você possua perguntas sobre o estudo ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação neste estudo, pode conversar a qualquer hora com a coordenadora da pesquisa Cristine Maria Warmling através do telefone 0XX5191994058 ou 0XX5133156895 ou com o Comitê de ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone 0XX (51)33083629. Contudo, se diante dessas explicações você acha que está suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda de livre

e espontânea vontade em participar como colaborador, da pesquisa coloque seu nome no local e indicado.

Nome do participante:

Assinatura:

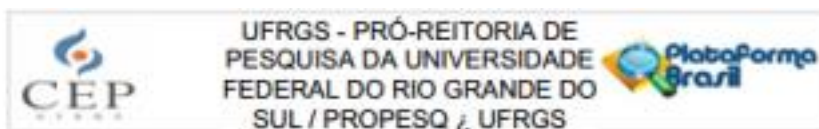
Nome da Pesquisadora: Cristine Maria Warmling

Assinatura:

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__ .

ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ITINERÁRIO DO CUIDADO DO CÂNCER BUCAL NA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Pesquisador: Cristine Maria Warming

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23752919.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.835.333

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um TCC do PPG Ensino na Saúde FAMED UFRGS, orientado pela Profa. Cristiane Warming da Faculdade de Odontologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as competências do cirurgião-dentista no cuidado do câncer bucal na Rede de Saúde do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre/RS.

Objetivo Secundário:

Estudar o processo de acolhimento em relação à produção do vínculo no cuidado do câncer bucal. Compreender como o processo de comunicação diagnóstica realizado pelo cirurgião-dentista contribui na adesão e na construção do projeto terapêutico. Compreender como a autonomia, a coresponsabilização e a decisão compartilhada são abordadas na produção do projeto terapêutico singular para o cuidado do câncer bucal. Compreender como os itinerários nas redes de saúde bucal são produzidos no cuidado ao

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 301 do Prédio Anexo 1 da Retorta - Campus Centro
Bairro: Faraózinha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3336-3738 Fax: (51)3306-4955 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Protocolo: 3.025.333

câncer
bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O presente projeto de pesquisa pode apresentar o risco mínimo de causar desconforto ou constrangimentos nos participantes ao fornecer informações pessoais ou de processo de trabalho. Assegura-se que caso isso ocorra a entrevista será interrompida imediatamente. Neste caso, qualquer informação dos mesmos não será utilizada, sem prejuízo para os desistências. Além disso, para minimizar desconfortos, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões, assim como estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. A conversa será conduzida atendendo-se ao roteiro das entrevistas.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, espera-se ampliar a compreensão sobre o cuidado do câncer bucal. Espera-se contribuir para uma atenção em saúde mais humanizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é definida como um Estudo de caso do tipo único ou holístico (procura compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade), com uma única unidade de análise (YIN, 2010). Por, tratar-se de um estudo que articula o campo da saúde com a humanização no cuidado propõe-se em produção informações em profundidade sobre a experiência de pessoas com câncer bucal. Os cenários do estudo envolvem a rede de serviços de atenção primária e secundária de saúde bucal do Sistema Único de Saúde

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Central
Bairro: Fátima CEP: 96.045-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação de Processo 3.833.333

do município de Porto Alegre em que se realiza o cuidado do câncer bucal. O estudo pretende realizar entrevistas aprofundadas do tipo semi-estruturadas (gravadas e transcritas), fundamentadas no uso de guias de entrevistas para orientar durante o diálogo sobre temas e assuntos que devem ser abordados. Terão a duração aproximada de quarenta minutos a uma hora. A definição da amostra seguirá o critério de saturação teórica. As combinações para o planejamento das entrevistas será realizada por meio do contato telefônico ou por e-mail dos pesquisadores com as coordenações dos serviços dos participantes da pesquisa. Será combinado a melhor forma de enviar informações (por e-mail telefone ou pessoalmente) sobre o projeto de pesquisa aos possíveis participantes do serviço contactado. Com o aceite inicial será marcada a data da entrevista, quando será lido o Termo de Consentimento Livre (Apêndice 2) esclarecido com todas as informações da pesquisa, informando-o que será gravada e mantida em sigilo. Com o intuito de minimizar deslocamentos as entrevistas poderão ser realizadas nos próprios locais de atendimento de saúde bucal da atenção primária e secundária, caso seja possível identificar um ambiente calmo e que garanta o sigilo da interação. A análise será realizada com base na análise textual do discurso realizado pela pessoa durante a entrevista, que será transcrito.

Crerios de incluso:

- (1) Atuar como cirurgio-dentista na ateno primria e na ateno secundria da Secretaria Municipal de Saude de Porto Alegre/RS;
- (2) Ser estudante de odontologia e que tenha participado do atendimento aos pacientes oncolgicos em Porto Alegre/RS;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prdio Anexo 1 da Retiro - Campus Centro
Bairro: Famosilha CEP: 90.540-040
UF: RS Municipio: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4885 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPEQ & UFRGS



Contribuição de Pesquisa: 3.835.333

(3) Pessoas com tratamento de
câncer bucal finalizado ou em andamento no SUS em Porto Alegre/RS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Forma de identificação/recrutamento dos participantes:

Com relação a forma de identificação e recrutamento dos pacientes com câncer dentre os atendidos no SUS, os pesquisadores afirmam:

"Pretende-se identificar o paciente portador de câncer bucal por meio do cirurgião-dentista do centro de especialidades odontológicas ou da atenção primária à saúde do SUS. Será solicitado ao cirurgião-dentista o contato com o paciente para verificar o interesse e a autorização do mesmo na realização da pesquisa."

- Cálculo/Justificativa do tamanho amostral

As pesquisadoras afirmam que :

As pesquisadoras justificaram o tamanho amostral, atendendo à solicitação do CEP. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- Caracterização dos grupos: os pesquisadores modificaram o item, detalhando o número de indivíduos em cada grupo do estudo. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- Orçamento: Os pesquisadores esclareceram que os recursos materiais para a realização da pesquisa serão disponibilizados pelo próprio pesquisador, tratando-se de um financiamento próprio. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fomquilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3398-3738 Fax: (51)3398-4385 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.835.023

- Deslocamento dos participantes

Em resposta à solicitação de esclarecimento com relação ao ressarcimento dos custos para deslocamento dos participantes para participar da pesquisa, os pesquisadores responderam que:

"Com o intuito de minimizar deslocamentos as entrevistas serão realizadas nos próprios locais de atendimento de saúde bucal da atenção primária e secundária, em um ambiente calmo e que garanta o sigilo da interação, em um dia que o entrevistado já esteja no local para atendimento, no caso dos pacientes, ou para trabalhar/estudar, no caso dos profissionais e estudantes. Para que não haja gastos por parte dos participantes para as entrevistas." (PENDÊNCIA ATENDIDA)

TCLE: Atendendo solicitação do CEP, as pesquisadores incluíram um TCLE para cada grupo do estudo. Recomenda-se que em submissões futuras, seja incluída uma previsão de tempo de duração dos procedimentos a que cada grupo de participantes será submetido, pois esse pode ser um fator determinante na decisão de participar ou desconforto decorrente da realização dos mesmos. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer é pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PR_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1429706.pdf	03/02/2020 12:56:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/02/2020 12:56:09	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETOJULIANA.pdf	03/02/2020	JULIANA ROSA	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3305-3730 Fax: (51)3308-4085 E-mail: eilca@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPESQ & UFRGS



Continuação de Parecer: 3.633.333

/ Brochura Investigador	PROJETOJULIANA.pdf	12:54:48	SIMÕES LOPES	Aceito
Outros	pendencias.pdf	01/12/2019 22:34:38	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folhad rostero.pdf	17/10/2019 22:43:24	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Outros	temodecompromissodeutilizacaoedivulgacao dos dados.pdf	03/10/2019 20:18:13	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Outros	AutorizadoOGAPS.pdf	03/10/2019 20:12:59	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Parecer Anterior	Parecercompesq.pdf	01/10/2019 16:14:43	Cristine Maria Warming	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 12 de Fevereiro de 2020

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

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima CEP: 91.540-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3266-3738 Fax: (51)3098-4885 E-mail: otka@propesq.ufrgs.br