



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

JULIANA ROSA SIMÕES LOPES

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

Porto Alegre  
2020

JULIANA ROSA SIMÕES LOPES

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

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Faculdade de Odontologia  
da Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, como requisito parcial para obtenção  
do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Cristine Maria Warmling

PORTO ALEGRE

2020

JULIANA ROSA SIMÕES LOPES

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

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Faculdade de Odontologia  
da Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, como requisito parcial para obtenção  
do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Cristine Maria Warmling

Porto Alegre, 20 de Novembro de 2020.

---

Cristine Maria Warmling

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Fabiana Schneider Pires

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Manoela Domingues Martins

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, à espiritualidade que habita em mim e às boas energias que me guiam para que tudo seja possível.

À Meus pais, Renan e Sandra, por serem a minha base, a minha fortaleza, os meus bens mais preciosos dessa vida. Sou grata por tudo que me proporcionaram e tudo o que eu já conquistei foi graças à vocês, sei de todas as coisas que vocês sacrificaram e abriram mão de ter para que eu e o Xan pudéssemos ter. Espero um dia poder retribuir por tudo. Mãe, agradeço por você ser sempre tão presente, por ser minha amiga e minha parceira para tudo. Em meio a essa pandemia conseguimos nos reencontrar ainda mais e enriquecer nossa relação. Pai, agradeço por sempre acreditar em mim e no meu potencial, muitas vezes quando eu não acreditava, sempre tive o teu incentivo. O teu apoio e a tua presença são tudo para mim. Admiro tanto vocês. Agradeço pela minha criação, pela base de amor e carinho que me proporcionaram, por me ensinarem a ser uma pessoa que gosta do mar, da natureza, do humano e o amor aos bichinhos. Sei que já dei alguns sustos em vocês em relação à minha saúde e agradeço muito por todo o cuidado que tiveram comigo e que seguem tendo, sempre tão atenciosos.

Ao meu irmão, Alexandre, por ter sido o meu primeiro amigo na infância e por me permitir acompanhar de pertinho todo o teu desenvolvimento e evolução. É um ser humano bondoso, carinhoso, inteligentíssimo, amigo e fiel. Tenho muito orgulho de ti. Admiro muito o teu artista interior e por estar compartilhando com o resto do mundo agora. Não posso deixar de te agradecer por ter me ajudado tanto nesse trabalho, por ter sido meu suporte técnico antes do início das entrevistas, montando microfone e me auxiliando com o computador, edição de vídeo para apresentações, por ter me ajudado com as normas e por ser meu incentivador também.

À minha irmã canina, Susi, por ser meu primeiro pet e ser a melhor companheira canina que eu poderia ter. Sempre tão presente, carinhosa e alegre. Enquanto estava no computador escrevendo esse trabalho estava sempre do meu lado. Como fez ao longo de todos esses anos. Tua presença me tornou um ser humano melhor.

À minha família, meus avós, tias e tios, meus primos, por sempre terem sido tão presentes na minha vida. Minha vó paterna, Nilza, não se encontra mais entre nós, mas quando se encontrava foi sempre muito presente, sempre morou em nossa casa

e acompanhou todo o meu desenvolvimento. Sempre relembramos da Vó pelo seu jeito único e engraçado de ser que nos marcou tanto. Aos meus avós maternos, Maria de Lourdes e Neci, por tudo, por serem puro amor e carinho comigo. Por terem me acolhido em sua casa por um ano para que eu pudesse estudar no curso pré-vestibular. Minha vózinha por tudo, por ser a melhor costureira que eu já conheci, por todos os looks maravilhosos que já confeccionou para mim apenas olhando uma foto. Obrigada por sempre acreditar tanto em mim, Vó. Meu Vôzinho, agradeço muito por ter confiado em mim e me permitido ter a oportunidade de te atender em mais de uma oportunidade. Foi um momento incrível, levarei comigo para sempre. Quando penso na minha infância todos os momentos de felicidade que me proporcionaram foram extraordinários.

À minha Tia, Viviane, meu tio, Eduardo, e minha Prima Maria Eduarda, por sempre terem sido tão amáveis, carinhosos, disponíveis e por terem me acolhido tão bem sempre. Amo nossos momentos, nossos passeios e nossos “não fazer nada juntos”. Afinal o que importa é estarmos juntos. Sou muita grata pela nossa convivência, vocês tem um lugar muito especial no meu coração. Vivi, obrigada por ter sido minha segunda mãe em muitos momentos. Duda, obrigada por ser minha irmã sempre. Ado, obrigada por toda a parceria de sempre.

À minha dinda, Maribel, meu dindo, Leonir, meus primos Leonardo e Amanda, por todos os momentos de alegria que me proporcionaram. À meu tio, Sandro, minha tia, Maria Luiza, meu primos, Matheus, Arthur e Maria Clara, por apesar de morarem longe sempre se fizeram muito presentes. Eu amo quando temos todos da família Custódio Rosa reunidos, os Natais e os encontros na praia sempre foram os momentos mais esperados por mim e continuam sendo. Amo quando estamos todos reunidos, sei que muitas pessoas não tem uma oportunidade dessas e sou muito grata por termos.

Matheus, te agradeço por ser família e amigo, por ser um dos meus melhores amigos, por ser um ser humano tão bondoso, carinhoso, parceiro, alegre e presente. A distância não nos impediu de sermos tão presentes e de podermos participar ativamente na vida um do outro. Temos tantos momentos bons, obrigada.

Aos meus amigos de Montenegro, por terem crescido junto comigo, por terem me permitido participar das suas conquistas e por estarem comigo nas minhas. Trago um pedacinho de cada um comigo. Agradecimento em especial à Francine, Matheus

e Priscila, por termos conseguido superar tantas barreiras como a distância e por termos escolhido permanecer na vida uns dos outros.

À família que eu escolhi, que são as minhas duas amigas iluminadas, Franciele e Juliana. Vocês são as amigadas que a gente assiste em filmes e acha que não existe, vocês são o resultado de uma soma que ultrapassa qualquer expectativa, vocês se superam em tudo, vocês são os meus anjos, as minhas guerreiras. Fran, te agradeço por me mostrar toda a força, pureza e a bondade que uma pessoa pode ter. Ju, te agradeço por me permitir ter acesso a toda tua potência, sensibilidade, determinação, lealdade e por ter aberto o coração para mim. Vocês são minhas irmãs de alma, nosso encaixe é tão recíproco, tão puro. Amizade sincera que se ajudam sem esperar algo em troca, sempre presentes nos melhores momentos e nos mais difíceis. São cinco anos que nos falamos diariamente, que nossa convivência é intensa, que nossos encontros ultrapassaram as portas da faculdade e abriram caminho para dentro de nossas casas, obrigada por tudo amigas, é lindo compartilhar esse momento com vocês. Faltam palavras para descrever nossa amizade.

Ao meu lar em Porto Alegre durante a graduação, Amanda e Juliana. Amanda chegou para completar a união perfeita que já havia entre a Ju e eu. Amiga encantadora, gentil, amável, de uma luz incrível, uma super mulher que nos conquistou desde o primeiro dia. Ju, dividir a faculdade, a vida, a família e a casa contigo foi uma das melhores decisões e oportunidades que a vida me proporcionou. O nosso trio, a nossa convivência foi maravilhosa. Tive muita sorte em ter vocês comigo todos os dias.

Às amigadas construídas com a faculdade, por compartilharem das alegrias e anseios junto comigo, por serem tão especiais e importantes para a minha formação. Em especial ao ATO 20/1, minha turma querida, obrigada por tudo e à Miwana, por ter estado comigo em tantos momentos, por ter me ensinado tanto, por ter sido fundamental e essencial dentro e fora da faculdade. À Letícia por ser uma mulher forte, determinada e de extrema competência sem perder a doçura e a delicadeza, além de ser uma amiga incrível.

Às minhas amigas, Alana e Marília, por todo o companheirismo. Mesmo não estando mais no curso conosco, Alana saiu no fim do primeiro semestre e a Marília no fim do quarto semestre, escolhemos continuar presentes uma na vida da outra. Junto com a Ju e a Fran são meus presentes da Odontologia. Todos os anos nós cinco nos reunimos, é a semana mais esperada para as amigas.

À experiência singular e transformadora do Estágio na Atenção Básica. Agradeço pela oportunidade de ter sido estagiária na UBS Jardim Itu, à minha preceptora, Débora, e à toda a equipe de saúde bucal, Maria, Luana, Cátia, Renata e Jorge, e à toda equipe da unidade que me acolheu muito bem. Débora, foi fundamental para o meu crescimento, obrigada. Mesmo depois de um ano de conclusão do estágio, sigo tendo contato com todas, a construção do nosso vínculo ocorreu naturalmente, criamos uma relação muito boa. Saí do estágio transformada como pessoa e como profissional e com amizades incríveis.

À todos os meus professores e funcionários da FO-UFRGS. Obrigada por todo o conhecimento compartilhado, por toda a excelência e o profissionalismo impecável.

À minha orientadora, Cristine, por ter me acolhido e acreditado na nossa pesquisa, construída com muita dedicação e carinho. Obrigada por me acompanhar durante minha jornada acadêmica e me permitir elaborar uma pesquisa no aspecto humano que a odontologia traz.

À minha banca, Fabiana e Manoela, por terem aceitado meu convite. Foram pensadas com muito carinho, admiro muito o trabalho excelente que desenvolvem na nossa Universidade.

À todas as relações que tive, por todas as pessoas que passaram na minha vida, todos deixaram um pedacinho de si comigo e são responsáveis pela construção da pessoa que eu sou hoje. Muito obrigada.

“Comunicação é meramente uma troca de informação, mas conexão é uma troca da nossa humanidade.”

Sean Stephenson

## RESUMO

O panorama epidemiológico brasileiro da atualidade que envolve o câncer bucal ainda é grave e apresenta alta taxa de incidência da doença, mais de 15.000 novos casos para o ano de 2020. O objetivo do estudo é analisar as competências do cirurgião-dentista no cuidado de câncer bucal na rede de saúde do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre/RS. Foi realizado um estudo de caso do tipo holístico de natureza qualitativa. O cenário do estudo é a rede de instituições e serviços de atenção secundária de saúde bucal do SUS do município de Porto Alegre em que se realiza o cuidado do câncer bucal. Foram convidados a participar da pesquisa cirurgiões-dentistas atuantes em estomatologia na atenção secundária do SUS no município. Para a produção dos dados foram realizadas, de modo online e por meio da plataforma oficial da UFRGS – Mconf, entrevistas aprofundadas com duração de quarenta minutos a uma hora. Os vídeos gravados foram posteriormente transcritos para análise. As combinações para o planejamento das entrevistas foram realizadas por meio do contato telefônico ou por e-mail com os participantes da pesquisa. A definição da amostra seguiu o critério da saturação teórica. A análise foi realizada com base na análise textual do discurso. O acolhimento e o vínculo estabelecido pelos profissionais com os pacientes com câncer bucal atendidos na rede caracteriza-se por conduta ágil, mas com muita conversa e disponibilidade aos pacientes. O diálogo entre os três níveis de atenção mostrou-se não ser uma prática simples no cotidiano dos participantes do estudo. É mais acessível o contato entre os profissionais da atenção básica e secundária do que em relação à terciária. A comunicação é uma das competências do cirurgião-dentista que deveria ser desenvolvida ao longo do processo formativo.

**Palavras-chave:** neoplasias bucais, Sistema Único de Saúde, odontólogos.

## ABSTRACT

The current Brazilian epidemiological panorama involving oral cancer is still serious and presents a high incidence rate of the disease, more than 15.000 new cases for the year 2020. Since it is a disease present in the population in significant numbers, enabled the elaboration of the research and this context lead to the question: What are the role and the humanistic competences that the dentist has and develops in the care of patients with oral cancer? The aim of this study is to analyze the competences of dentist in oral cancer care in the *Sistema Único de Saúde* in Porto Alegre/RS. A holistic case study of a qualitative nature was carried out. The scenario of the study was the network of institutions and services of secondary oral health care services of the *Sistema Único de Saúde* in the city of Porto Alegre in witch oral cancer is performed. There were invited to participate in the research dentists of secondary care of the city. For the production of data were conducted in-depth interviews lasting forty minutes to one hour, recorded and transcribed. A structured questionnaire also was applied to collect socioeconomic data. The arrangements details of the interview were carried through the phone or the e-mail of the research participants. The sample definition followed the theoretical saturation criterion. The analysis was based on discourse transcription. The welcoming process and the creation of a link by professionals with oral cancer patients can be defined by an agile conduct, but with much conversation and availability to patients. The dialogue between the three levels of care proved not to be a simple practice in the study participant's daily lives. Contact between primary and secondary care professionals is more accessible when compared with the tertiary care. Communication is one of the skills of the dentist that should be developed during the formative process.

**Key-words:** Mouth Neoplasms, Unified Health System, Dentists.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 REDES DE SAÚDE BUCAL E O CUIDADO DO CÂNCER BUCAL .....	14
2.2 O CUIDADO NO CÂNCER BUCAL E A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	17
2.3 COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	21
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	24
4.2. CENÁRIOS E PARTICIPANTES .....	24
4.3. PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	24
<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>26</b>
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>27</b>
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO E TRABALHO .....	27
6.2 TEMA 1: ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DE VÍNCULO NA REDE.....	28
6.3 TEMA 2 - COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO .....	29
6.4 TEMA 3 – CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	33
6.5 TEMA 4 – COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO.....	36
<b>7. ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>40</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE PESQUISA .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..</b>	<b>73</b>

<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFRGS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMSPA.....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal pode afetar as estruturas bucais dos lábios, mucosa jugal, gengiva, palato e língua. Estima-se que no ano de 2020, o número de novos casos de câncer bucal tenha sido de 15.190, desses 11.180 afetando os homens e 4.010 as mulheres. É o quinto tipo de câncer mais frequente no sexo masculino no Brasil (BRASIL, 2020a). Apresenta-se como uma doença de determinação social e multifatorial. Há evidências de que no Brasil os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer bucal são o alcoolismo e o tabagismo (RIBEIRO *et al.*, 2017). Sendo o risco para fumantes de 72,85% e para o etilismo de 66,65% (PARAGUASSU *et al.*, 2019). A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e a exposição ao sol sem proteção são fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento do câncer bucal (BRASIL, 2020a).

No Brasil em 2018, no Atlas de Mortalidade por Câncer no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o número de óbitos de câncer bucal é de 6.455 (4.974 homens e 1.481 mulheres), acometendo principalmente os homens na faixa etária entre 60 e 79 anos (BRASIL, 2020b). A taxa de óbito dos pacientes com câncer bucal no Brasil é de 49%. Há diferença em relação à localização anatômica ao comparar o câncer bucal localizado na língua e em outras partes da boca em relação ao câncer de orofaringe, de modo que o último mostrou ter uma sobrevida menor (MORO *et al.*, 2018). As regiões anatômicas de maior concentração dos óbitos analisados foram “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 foram “outras glândulas salivares maiores e as não especificadas” (1,45%), “lábio” (1,07%) e “gengiva” (0,89%) (CUNHA; PRASS; HUGO, 2018).

A pessoa com câncer apresenta modificações na rotina, hábitos, gostos, ou seja, no modo de levar a vida e conseqüentemente 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 e a fala. Problemas na comunicação podem levá-lo a um isolamento social e até

depressão. Afeta também os familiares com quem está compartilhando as dificuldades do tratamento e que sofrem junto com o paciente (ROING; HIRSCH; HOLMSTROM, 2008).

A organização do sistema de saúde em redes possui o intuito de enfrentar as barreiras da fragmentação do cuidado, tornando os serviços mais integrados (MENDES, 2010). Considerando o cuidado do câncer bucal, objeto desse estudo, organizado em rede, a atuação de profissionais de odontologia acontece nos três níveis de atenção (BRASIL, 2018; BRASIL, 2008).

A atenção na saúde, mas de modo especial a direcionada para pacientes oncológicos, deve ser centrada nas demandas do próprio paciente. A interação ativa com o paciente e enfatizar sua 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 surpreendidos com o fato de que podem e devem participar das decisões do próprio cuidado (BILODEAU; TREMBLAY, 2018).

Compreendendo o processo do acolhimento realizado pelo cirurgião-dentista ao paciente oncológico, na atenção primária e secundária, composto por ampla gama de atribuições subjetivas que compõem o campo da comunicação humana e da própria ética do cuidado. Os profissionais de odontologia apesar de avaliarem suas competências de comunicação de maneira otimista, ainda assim conseguem reconhecer que suas técnicas podem ser aprimoradas (NOWAK; BUCHANAN; ASIMAKOPOULOU, 2018).

Nesse contexto, o projeto de pesquisa conduz à seguinte questão: Qual o papel e competências humanísticas possui e desenvolve o cirurgião-dentista no cuidado do paciente com câncer bucal — do acolhimento a criação do vínculo, passando pela comunicação diagnóstica e a construção do projeto terapêutico singular com a corresponsabilização do paciente?

Problematiza-se sobre o papel desse profissional na construção e coordenação do percurso do cuidado em um sistema que se organiza em rede e exige o diálogo também entre as diferentes complexidades dos serviços na busca da cura.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 REDES DE SAÚDE BUCAL E O CUIDADO DO CÂNCER BUCAL

Os processos de fragmentação inerentes aos sistemas de saúde dificultam as interações entre a atenção primária, secundária e terciária, de modo que a continuidade do cuidado ocorre com déficit de comunicação e atuação entre os níveis. As Redes de Atenção à Saúde procuram superar o modo de funcionamento fragmentado dos sistemas de saúde em arranjos organizativos que integram a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. As ações e serviços nas redes de saúde possuem diferentes densidades tecnológicas que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e governança, buscando garantir a integralidade do cuidado e uma maior eficácia na produção de saúde. A rede opera de forma interligada, fazendo com que todos os setores possuam igual importância, mas diferentes responsabilidades em direção ao cuidado integral do indivíduo (MENDES, 2010; BRASIL, 2010).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, à atenção primária à saúde compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades de saúde, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento (BRASIL, 2004).

Tratando-se do cuidado do câncer bucal, objeto do presente estudo, e a organização da Rede de Saúde Bucal, no nível primário, a figura do cirurgião-dentista generalista, juntamente com os auxiliares e técnicos de saúde bucal, atuam na perspectiva generalista da Estratégia de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde, no nível secundário, o especialista em estomatologia (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO) também apoiado por equipe de auxiliares e técnicos de saúde bucal. Já no nível terciário, atuam os médicos oncologistas (Hospitais) que também necessitam dispor do trabalho interprofissional na saúde (equipe de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, cirurgiões-dentistas, etc) (BRASIL, 2018).

De acordo com o Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde de 2008, cada nível de atenção é responsável por:

É de responsabilidade do cirurgião-dentista da equipe da UBS/SF realizar o diagnóstico e tratamento destas lesões (alteração bucal em tecidos moles e/ou duros), bem como a seleção dos casos que deverão ser encaminhados ao especialista. Média: diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia. Alta: pacientes com diagnóstico de lesão maligna ou diagnóstico de lesões com necessidade de atenção cirúrgica/ambulatorial complexa na região de cabeça e pescoço.

O câncer de boca se constitui como uma doença de determinação social e multifatorial. Há evidências de que no Brasil os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer bucal são o alcoolismo e o tabagismo (RIBEIRO *et al.*, 2017). A severidade dos riscos do consumo de tabaco e álcool é abordada por meio de estratégias de prevenção primárias, assim como, atividades mais amplas de promoção de saúde (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Produzir o cuidado em equipe e atuar de maneira interdisciplinar são fundamentos básicos no processo de trabalho na atenção primária à saúde, que objetiva primordialmente a integralidade do cuidado (CUNHA *et al.*, 2013). Tratando-se do câncer bucal, a identificação de lesões ainda iniciais evita a necessidade de tratamentos radicais (NORO *et al.*, 2017). Nesse sentido, em relação ao câncer bucal, os cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária possuem o papel de rastreamento de lesões, orientação aos pacientes e principalmente o encaminhamento a níveis de assistência de maior complexidade. Diante da confirmação de um caso de câncer bucal, os cirurgiões-dentistas precisam acompanhar o paciente de modo concomitante ao serviço especializado, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento (BRASIL, 2011; CUNHA *et al.*, 2013).

O papel dos cirurgiões-dentistas na realização de um diagnóstico precoce, correto e de maneira rápida é grande em relação ao câncer bucal para que o paciente tenha o tratamento necessário (OREAMUNO, 2017). Porém, dificuldades ainda presentes nos modelos de organização, gestão e atenção nas redes de saúde, faz com que os cirurgiões-dentistas em geral não priorizem a prevenção do câncer bucal (NORO *et al.*, 2017). O atraso comumente leva à necessidade da opção por modalidades de tratamento radicais ou mesmo à impossibilidade de realização de qualquer abordagem (ONIZAWA *et al.*, 2005). A detecção do câncer e a consequente

tomada de atitudes em estágios precoces acarreta diminuição na mortalidade, na morbidade e na mutilação decorrente da evolução da doença e do seu tratamento, bem como redução dos custos e aumento das taxas de sobrevivência (SCOTT; GRUNFELD; MCGURK, 2006).

Os fatores que levam ao atraso no diagnóstico ainda não estão claramente definidos. Sabe-se que este pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou aos pacientes (SCOTT; GRUNFELD; MCGURK, 2005). Podendo correr pela demora por parte do paciente, do profissional e do sistema, tanto no diagnóstico quanto no tratamento (OLESEN; HANSEN; VEDSTED, 2009; BARROS; CASOTTI; GOUVEA, 2017). Esse atraso, independentemente da fase, seja a diagnóstica ou durante o tratamento, gera aflição nos pacientes em todas as etapas (PAUL *et al.*, 2012). O atraso, por parte dos pacientes, pode ser justificado no panorama psicológico de estigmas sobre a doença que ainda persistem, e da difícil aceitação e enfrentamento da doença com as dificuldades que acompanham o processo. Persiste a esperança de que a alteração percebida possa desaparecer espontaneamente, evitando a necessidade de ajuda profissional para o diagnóstico ou tratamento (JUSTINO *et al.*, 2014).

Com relação ao atraso do diagnóstico e encaminhamentos para o atendimento nas redes, os cirurgiões-dentistas, apontam principalmente as dificuldades inerentes às redes de saúde (não há serviços de saúde de referência) ou um conjunto de problemas relacionados aos profissionais e/ou pacientes (falha profissional, auto-percepção do paciente, falta de informação do paciente ou do profissional). O atraso no diagnóstico de câncer bucal, associa-se aos déficits no conhecimento profissional sobre o tema, em termos de exame inadequados ou falta de familiaridade com este tipo de lesão (CUNHA *et al.*, 2013). Relaciona-se também com o modo como se estruturam processos de educação permanente na saúde, com maior frequência de propostas pontuais, transmissoras e não baseada em problemas e na gestão e transformação dos serviços. Idealmente deveriam ser reforçadas ações de saúde buscando o aperfeiçoamento do diagnóstico precoce na atenção básica (BARROS; CASOTTI; GOUVEA, 2017).

Possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de maior complexidade de atenção em saúde encontram-se relacionados aos desajustes apontados aqui nas redes de atenção e com a

necessidade de mais capacitações relacionadas à estomatologia (CUNHA *et al.*, 2013). Sugere-se que seria interessante, tornar a realização do procedimento de biópsia na atenção primária, agilizando o diagnóstico do câncer bucal e as medidas necessárias para o seu tratamento mais precocemente, diminuindo diagnósticos tardios pela demora no atendimento da rede e conseqüentemente a taxa de mortalidade (NORO *et al.*, 2017).

O déficit no número de serviços também é uma questão a ser analisada, no Rio Grande do Sul, por exemplo, cenário do estudo, há em torno de um centro especializado em odontologia para cada 550 mil habitantes, totalizando 20 centros especializados em odontologia em todo o estado, enquanto em Santa Catarina há um centro especializado em odontologia para cada 159 mil habitantes (BRASIL, 2012).

## 2.2 O CUIDADO NO CÂNCER BUCAL E A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Modificações na rotina, nas necessidades e desejos, são inerentes na vida dos pacientes com câncer, assim como na de seus familiares e cônjuges. As cirurgias e a radioterapia geram conseqüências que afetam a vida dos pacientes. Ocorre a alteração ou até mesmo a perda no paladar, interferindo na qualidade e no sabor da alimentação (ROING; HIRSCH; HOLMSTROM, 2008). Em um estudo foi avaliado com um questionário a qualidade de vida de brasileiros com câncer bucal que estavam em tratamento, como fatores modificadores pode-se citar o tamanho do tumor e sua localização, a realização de cirurgia e radioterapia. A principal reclamação foi em relação a mastigação e as demais em relação a dificuldade de engolir, dor e fluxo salivar reduzido (ANDRADE; ANTUNES; DURAZZO, 2006). Outro estudo feito com o mesmo intuito de avaliação, chegou ao mesmo resultado de que a mastigação é o principal problema destacado pelos usuários (BIAZEVIC *et al.*, 2010). Com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes minimizando os danos causados pelos tratamentos, mostrou-se que o tratamento com o cirurgião-dentista é eficiente para mucosite e candidíase (FUNK; WARMLING; BALDISSEROTTO, 2014).

Os cônjuges e familiares sofrem e vivenciam preocupações, medos e aflições junto com os pacientes, podendo levar ao negligenciamento da própria vida e saúde. Conseguir ultrapassar essas barreiras e manter a adesão ao tratamento é um

processo que envolve as equipes de saúde que atuam com estes pacientes (ROING; HIRSCH; HOLMSTROM, 2008). Pacientes com câncer podem desenvolver depressão e os profissionais devem estar atentos ao diagnóstico precoce, principalmente nos indivíduos que estão em quimioterapia (POLIKANDRIOTI *et al.*, 2008). Esse sentimento de preocupação não parte apenas dos entes queridos da pessoa enferma, mas também da pessoa enferma com seus entes, e destaca-se a preocupação deles com a realização de exames por parte de familiares e amigos também, em busca de um diagnóstico precoce (JUSTINO *et al.*, 2014).

A busca por uma atenção humanizada leva em consideração princípios fundamentais. A veracidade na relação entre o profissional e o paciente no processo do cuidado. A privacidade que se relaciona com a utilização de informações sobre a pessoa sem sua devida autorização. A confidencialidade que diz respeito a divulgação de dados da pessoa liberados por meio da confiabilidade. A fidelidade impõe a responsabilização e o vínculo que médicos possuem em relação ao cuidado dos pacientes. O cuidado respeitoso, ou seja, executar o bem ao outro levando em consideração a autonomia da pessoa (ARMENDANE, 2018).

A política de humanização no SUS possui o objetivo de apoiar uma atenção à saúde mais acolhedora, que consiga lidar de modo mais ágil com as necessidades do paciente, estimulando sua participação e corresponsabilidade no processo de cuidado (BRASIL, 2010). O paciente deve interagir ativamente no percurso do cuidado, mas alguns ainda são surpreendidos pelo fato de que podem e devem participar das decisões, assim como há profissionais com dificuldades em tornar o paciente ativo no cuidado (BILODEAU; TREMBLAY, 2018).

Em uma pesquisa sobre o cuidado do câncer, no Brasil e no Canadá, realizada por Oliveira, Zago e Thorne (2017), com profissionais e pacientes que sobreviveram ao câncer, foi possível concluir que há obstáculos tanto na relação quanto na comunicação entre os profissionais e os pacientes.

Outro estudo, realizado por Thomsen *et al.* (2007), por meio de entrevistas com mulheres diagnosticadas com câncer, encontrou que há diferentes pontos de vista em relação ao modo como o profissional comunica os encaminhamentos necessários em relação ao tratamento. Algumas mulheres se sentiram informadas e seguras, sobre o planejamento do cuidado pois o médico abordou o passo a passo do que seria feito.

Os pacientes diagnosticados com câncer apontam que o momento em que o profissional lhes dá a notícia de que estão com câncer é um momento importante, e que deveria haver outro tipo de abordagem, pois sentem que os profissionais lhes fornecem a notícia de maneira direta e impessoal (OLIVEIRA; ZAGO; THORNE, 2017). Há relatos de pacientes afirmando não ouvir nada do que se sucedeu após ter recebido o diagnóstico, tal como quem de fato se sentiu desamparada por falta de informações vinda do profissional (THOMSEN *et al.*, 2007). Outro ponto levantado por diferentes pacientes, foi a maneira com a qual os profissionais dialogam com os pacientes, visto que geralmente são leigos em assuntos relacionados à medicina, de modo que muitas vezes não compreendem o que lhes é dito (OLIVEIRA; ZAGO; THORNE, 2017).

Alguns profissionais esperam que os pacientes reajam a um diagnóstico de câncer de um modo expressivo, como com um choro, por exemplo, causando estranhamento no profissional quando isso não ocorre, pois interpretam que o paciente não compreendeu a gravidade de sua situação. Porém, quando o paciente expressa seu choro, em resposta a comunicação do diagnóstico sombrio, pode não encontrar apoio do profissional, se sentindo desamparado (THOMSEN *et al.*, 2007). Cada comunicação acaba se tornando única, cada relação entre paciente e profissional é única, alguns profissionais citam que o problema para a revelação diagnóstica se trata da falta de aptidão que não foi desencadeada durante o processo da graduação (GEOVANINI, BRAZ, 2013).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia para construir e guiar o cuidado, que associa-se às práticas de cuidado, ferramentas de planejamento (ROCHA; LUCENA, 2018). O PTS é desenvolvido a partir das necessidades de saúde dos pacientes, assim como de suas individualidades e peculiaridades, contempladas e ponderadas (PINTO *et al.*, 2011). Todos deveriam se envolver e estar atentos aos direitos da pessoa em um ambiente que promove a saúde, na rede de atenção ao cuidado, como o de receber um atendimento qualificado e em defesa da pessoa, tendo em vista o aumento da autonomia de cada um no seu tratamento (ALBUQUERQUE, 2018).

Por meio do vínculo com o paciente procura-se aumentar a colaboração da pessoa na construção do PTS, mas sem perder a sua autonomia frente ao seu tratamento. Ações simples podem melhorar o vínculo entre o profissional e o paciente

como o chamar pelo nome e estabelecer uma conversa de maneira que não seja apenas ouvido, mas que suas demandas e necessidades sejam o centro da construção do PTS (ASSIS *et al.*, 2010). Uma equipe multidisciplinar atua como um meio compatível para o aumento da identificação de pacientes com câncer bucal (LOMBARDO *et al.*, 2014).

Agrega-se o conceito de cuidados paliativos, indicados para todas as doenças que ameacem a vida do paciente e recomendados para promover qualidade de vida às pessoas garantindo autonomia, prevenindo e aliviando o padecimento (MATSUMOTO, 2012). No Brasil, os cuidados paliativos não são muito regulares ainda, principalmente na atenção primária a maior dificuldade para a adesão desse cuidado se remete ao fato de que os profissionais devem mudar sua visão em relação ao início da adesão do tratamento, que deve ser iniciado já com o diagnóstico de doenças crônicas, e não apenas nos estágios finais da vida dos pacientes (SAITO; ZABOLI, 2015).

Os itinerários terapêuticos referem-se ao percurso realizado pelo paciente nos diferentes níveis dos serviços de saúde em busca do tratamento de sua doença. Deve ser construído através de um olhar ampliado do profissional que leve em consideração as condições da família e do paciente para a escolha da melhor e mais adequada abordagem terapêutica para o enfermo (CABRAL *et al.*, 2011). Para definir os caminhos e o melhor recurso terapêutico que o paciente tomará, há um conjunto de três sistemas atuando, o informal, o popular e o profissional. O primeiro envolve a família e sua rede de apoio, o segundo envolve a religião para tratamento por último envolve os profissionais de saúde. Todo esse percurso do itinerário terapêutico trilhado pelo paciente deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde (KLEINMAN, 1980; AUGÉ, 1986).

Os pacientes se veem frente a um maior número de alternativas terapêuticas e as escolhas possuem relação com seus contextos socioculturais. O itinerário terapêutico selecionado é o que parecerá o mais adequado ao tratamento das necessidades do paciente (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

### 2.3 COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Ensino Superior (CES), em 2002 ocorreu a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia. A fim de formar profissionais dotados de competências e habilidades gerais, como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Desse modo, desenvolvem-se cirurgiões-dentistas generalistas, humanistas, críticos e reflexivos. Capazes de compreender o contexto social, cultural e econômico dos usuários (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

O modo com o qual a Universidade irá trabalhar essas competências e habilidades gerais das DCN, deve ser de tal maneira que os estudantes consigam aplicar na prática o que foi tratado na teoria durante o atendimento ao paciente, conseguindo assim integralizar o conteúdo à prática. Quando estiver na prática clínica frente a alguma adversidade conseguirá lidar com a situação a partir da comunicação, liderança e tomada de decisões, por exemplo (SETTE-DE-SOUZA *et al.*, 2015). Visando a formação de profissionais capazes de identificar seu papel na equipe de trabalho multiprofissional, de acordo com seus compromissos e comprometimento com a promoção de saúde e prevenção de agravos dentro do SUS (FREITAS; CALVO; LACERDA, 2012).

O profissional e o paciente precisam se sentir confortáveis para que haja uma comunicação clara, pois está relacionada com o contentamento dos pacientes. Para que os profissionais consigam desenvolver cada vez mais habilidades em relação à comunicação é necessário garantir treinamentos qualificados (HA; LONGNECKER, 2010).

Os motivos influenciadores que constituem a lealdade de um paciente a um profissional, além do controle da dor, estão o tempo e a atenção que esse profissional dedica ao paciente ao mesmo tempo que o deixa à vontade e explica os tratamentos (HOLT; McHUGH, 1997). Os pacientes esperam dos profissionais, não apenas uma excelência técnica, mas que o tratamento seja atencioso. O conhecimento científico de alta aptidão não é sinônimo de um tratamento de qualidade almejado pelos pacientes. A satisfação dos usuários é uma soma de compostos complexos indo além

da técnica odontológica (NEWSOME; WRIGHT, 1999). Ou seja, o atendimento humanizado deve estar vinculado à saúde e ao ser humano (VARGAS *et al.*, 2020).

Partindo do ponto de vista dos pacientes para avaliar a relação profissional-paciente e as habilidades de comunicação, quatro fatores devem ser considerados: a cortesia, a compreensão, as instruções e a preparação. A cortesia abrange compreender se o paciente sentiu que o profissional foi gentil e paciente com ele e até mesmo se ofereceu apoio moral durante o atendimento. A compreensão envolve saber se o profissional mostra levar a sério o que o paciente tem a dizer e se presta atenção quando ele fala. As instruções compreendem perguntar ao paciente se durante o atendimento ele está confortável e inclusive a utilização de termos que ele consiga entender para explicar o que será feito. A preparação diz respeito a questões como estimular o paciente a tirar dúvidas e avisá-lo se o procedimento irá lhe causar desconforto (AL-MOBEERIEK, 2012).

O ensino do desenvolvimento de habilidades de comunicação deveria ser parte do currículo odontológico ao longo de todo o curso. Longos anos de atendimento não garantem que haverá domínio da capacidade comunicativa. Estudantes que possuem cursos para desenvolver habilidades de comunicação os aprovam e compreendem a importância para a prática clínica (GORTER; EIJKMAN, 1997). O estudo de Lichtenstein *et al.* (2018), conseguiu demonstrar que os alunos que possuem no seu currículo o aprendizado da comunicação apresentaram escores menores de atitudes negativas.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

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

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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 corresponsabilização 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 câncer bucal.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo de caso do tipo único ou holístico, 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 de pessoas com câncer bucal por meio de uma abordagem qualitativa.

### 4.2. CENÁRIOS E PARTICIPANTES

Os cenários do estudo envolvem a rede de serviços de atenção secundária de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre em que se realiza o cuidado do câncer bucal.

Considera-se como critério de inclusão para os participantes do estudo: atuar como cirurgião-dentista na atenção primária e na atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

### 4.3. PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas aprofundadas do tipo semi-estruturadas. Conduzidas por meio de um roteiro de entrevistas para orientar o diálogo sobre temas e assuntos a serem abordados: acolhimento e produção do vínculo, comunicação do diagnóstico, construção do itinerário terapêutico e competências de humanização (Apêndice A – Instrumento de pesquisa – Parte 2 Roteiro de Entrevistas).

Tendo em vista a pandemia do Covid-19, as entrevistas foram programadas para serem realizadas de modo online na plataforma oficial Mconf da UFRGS e com a duração aproximada de quarenta minutos a uma hora. Os vídeos gravados com as entrevistas foram posteriormente transcritos 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.

Por meio de um formulário para ser preenchido de modo online foi disponibilizado aos cirurgiões-dentistas convidados para participar 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 do participante (Apêndice A – Instrumento de pesquisa – Parte 1 Perfil sociodemográfico de formação e trabalho).

A definição da amostra seguiu o critério de saturação teórica com a participação de cinco profissionais atuantes no atendimento de pacientes do SUS no município de Porto Alegre/RS. 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 os nomes fictícios: Ônix, Quartzo, Ametista, Cristal e Turquesa.

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido para análise ética no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e está na Plataforma Brasil sob o CAAE 23752919.0.0000.5347 com o parecer de aprovação número 3.835.333 (CEP UFRGS) (ANEXO A) e sob o CAAE 23752919.0.3001.5338 com parecer de aprovação número 4.160332 (CEP SMS Porto Alegre) (ANEXO B). Os cirurgiões-dentistas que concordaram em assinar o TCLE (Apêndice B) participaram da pesquisa.

A presente pesquisa pode apresentar o risco mínimo de causar desconforto ou constrangimentos nos participantes ao fornecer informações pessoais ou de processo de trabalho. Assegurou-se que caso isso ocorresse a entrevista seria interrompida imediatamente. Neste caso, qualquer informação dos mesmos não seria utilizada, sem prejuízo para os 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, esperava-se ampliar a compreensão sobre o cuidado do câncer bucal e o papel do cirurgião-dentista desde o itinerário da pessoa com câncer bucal durante o seu tratamento, com ênfase na avaliação do impacto do processo de acolhimento com a criação do vínculo ao momento da comunicação diagnóstica junto a produção do projeto terapêutico para a continuidade ao tratamento. Contribuindo para uma atenção em saúde mais humanizada beneficiando o serviço e os profissionais, os estudantes de odontologia e os usuários com câncer bucal. Aos participantes envolvidos na pesquisa que tenham interesse nos dados coletados serão realizadas reuniões nas Unidades de Saúde com o intuito de compartilhar e devolver aos envolvidos o conhecimento adquirido com as informações coletadas.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO E TRABALHO

Os participantes do estudo são cirurgiões-dentistas que atuam no atendimento de pacientes do SUS no município de Porto Alegre/RS

Ônix, Quartzo, Cristal e Ametista atuam na ênfase de estomatologia, vinculados ao CEO.

Ônix ministra anualmente qualificações voltadas para cirurgiões-dentistas e campanhas de prevenção ao câncer bucal – Maio Vermelho.

Ônix, Ametista e Turquesa também atuam na atenção especializada em ambiente hospitalar.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico e de formação e trabalho

Participantes	Sexo	Ano de nascimento	Cidade de origem
Ônix	Masculino	1978	Porto Alegre
Quartzo	Feminino	1984	Braga
Cristal	Feminino	1991	Porto Alegre
Ametista	Feminino	1973	Porto Alegre
Turquesa	Feminino	1961	Porto Alegre

#### PERCURSO FORMATIVO

Participantes	Ano conclusão Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado	Outros cursos
Ônix	2000	Não	Patologia Bucal	Patologia Bucal	Não
Quartzo	2010	Patologia Oral e Maxilofacial	Estomatologia	Patologia Bucal	Pós-Doutorado em Diagnóstico Bucal
Cristal	2013	Estomatologia	Estomatologia	Estomatologia	Não
Turquesa	1981	Odontologia Preventiva	Não	Estomatologia	Extensão em estomatologia
Ametista	1995	Periodontia	Patologia Bucal	Estomatologia	Implantodontia / PNE

#### PERCURSO PROFISSIONAL

Participantes	Profissão	Instituição de trabalho atual	Ano de ingresso	Forma de ingresso	Tipo de vínculo
Ônix	Cirurgião-Dentista	Professor de Ensino Superior	2000	Concurso Público	Servidor Público Estatutário
Quartzo	Cirurgiã-Dentista	Professora de Ensino Superior	2010	Concurso Público	Servidor Público Estatutário
Cristal	Cirurgiã-Dentista	CEO – SMS Porto Alegre	2018	Concurso Público	Servidor Público Estatutário
Ametista	Cirurgiã-Dentista	CEO – SMS Porto Alegre	2000	Concurso Público	Servidor Público Estatutário

## 6.2 TEMA 1: ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DE VÍNCULO NA REDE

Se os participantes do estudo, por um lado afirmam que as abordagens nos processos de acolhimento não mudam com os pacientes acometidos pelo câncer bucal em relação aos demais pacientes da clínica de estomatologia, por outro lado demarcam que a primeira consulta de um paciente com suspeita de câncer bucal exige muita conversa, agilidade e disponibilidade ao paciente.

A gente tem uma uma abordagem que é muito de acolher, de tentar orientar esse paciente [...] Deixar claro para ele que a gente está preocupado com o estado de saúde e que a gente vai fazer o melhor possível [...] sempre com atendimento mais humanizado [...] a gente tenta se manter à disposição (ÔNIX).

O acolhimento é o mesmo para todos os pacientes[...] esse paciente tem uma hipótese de uma lesão maligna, sem dúvida você tem que ter uma sensibilidade maior para tratar com esse paciente [...] você tem que usar a sensibilidade (QUARTZO).

A gente conversa bastante com o paciente (CRISTAL).

A minha postura é a mesma para todos os pacientes: de atenção, cuidado, estabelecimento de vínculo e proporcionar segurança. O que eu tenho de diferente para esse paciente, eu tenho pressa [...] não é a visão de tratar diferente porque ele tem uma doença grave, mas o tratamento é diferente porque eu preciso ser rápida [...] A ansiedade diminui à medida que ele sabe que ele pode contar com a sequência do tratamento, que ele não está abandonado. Então esse é o vínculo que é estabelecido nessa primeira consulta (AMETISTA).

A cada consulta o vínculo com os pacientes se fortalece, em geral é um processo que exige cerca de três consultas para o diagnóstico de câncer bucal, a partir daí há o encaminhamento ao médico, então os pacientes só retornarão para acompanhamentos. Há eficiência em agir rapidamente na busca pelo diagnóstico.

Se há suspeita de câncer talvez a gente já biopsie no primeiro dia [...] em uma segunda consulta ou terceira dependendo do caso, aí o paciente vai receber o laudo, aí nesse momento o paciente deve ser encaminhado para atenção especializada [...] A gente acaba muitas vezes marcando o paciente de novo ou fazendo contatos periodicamente ou marcando uma consulta lá para frente (ÔNIX).

Na medida do possível a gente tenta fazer a biópsia incisional naquela mesma consulta [...] em uma consulta seguinte que isso dá na semana seguinte [...] você tem o laudo pronto para entregar ao paciente e ele poder ser referenciado para tratamento (QUARTZO).

Ele vem para essa primeira consulta e a gente já faz a biópsia e eu sempre marco o retorno em uma semana para remoção dos pontos e avaliação pós operatória [...] eu gosto sempre de marcar um retorno em mais ou menos um ou dois meses para avaliação de como foi esse andamento com a consulta de cabeça e pescoço [...] depois eu faço um acompanhamento dependendo se esse paciente tinha alguma lesão a cada 3 meses/6 meses (CRISTAL).

Até o diagnóstico são pelo menos três consultas e depois depende, tem paciente que eu vejo uma vez por ano, tem paciente que eu vejo agora enquanto está tratando a cada 15 dias, 20 dias, 1 vez por mês (AMETISTA).

Ele faz a biópsia e define o diagnóstico lá conosco [...] vai para a cirurgia de cabeça e pescoço [...] E ele vai retomar conosco, ele vai seguir sendo acompanhado [...] eu encaminho e peço para ele voltar em 30 dias (TURQUESA).

### 6.3 TEMA 2 - COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Os profissionais apresentam diferentes meios e estratégias para realizar a comunicação da má notícia do diagnóstico de câncer bucal.

Eu tento sempre chamar um familiar junto [...] reduzir o número de pessoas que está no box [...] eu tento me sentar de frente para o paciente naquela coisa de falar que está no mesmo nível do paciente [...] não costumo como alguns colegas também fazem e aí é decisão de cada um de dizer 'deu um tumorzinho', sabe porque se não eu acho que a gente minimiza [...] eu tento perceber olhando para o paciente se ele entendeu o que eu estou falando [...] eu tento encorajar o paciente para o tratamento [...] se colocar à disposição, mostrar que ele pode contar com a gente, acho que incentivar é fundamental e dizer que a gente está ali à disposição: "dali para adiante se alguma coisa trancar nos liga, nos procure, a gente vai estar aqui" [...] É ser franco com paciente, se colocar à disposição para ele não se sentir abandonado. É muito

ruim o paciente receber uma bomba dessa no colo e não saber a quem recorrer [...] a gente tenta ver algum aspecto que a gente possa falar sem comprometer depois o que vai ser dito pelos médicos, mas que sirva para encorajar o paciente (ÔNIX).

Quando o paciente já chega na cadeira você já tem que ter percepção de talvez qual é o perfil desse paciente [...] estar observando esses aspectos psicológicos do paciente é muito importante [...] você não vai utilizar terminologia técnica, você vai utilizar uma terminologia que o paciente possa entender [...] você tem que ter sensibilidade de conversar com o paciente, eu acho que você mostrar que tem tratamento, e aí isso também é uma coisa importante [...] A gente nunca cria uma expectativa para o paciente [...] Ser bem objetivo, dizer que tem tratamento, que nós estamos ali que depois do tratamento a gente quer que o paciente volte para a gente avaliar até por conta das sequelas que tem o tratamento, o tratamento de câncer de cabeça e pescoço, mas eu costumo, e se possível trazer um familiar, eu acho que dessa forma sendo bem objetivo e indo direto ao ponto acho que facilita e sem criar expectativa, nem negativa nem para mais nem para menos, eu deixo isso então lá para a equipe que vai trabalhar lá com a parte do tratamento [...] Então eu tomo muito cuidado em relação a isso, a esses aspectos da sensibilidade para não criar expectativa no paciente (QUARTZO).

Não existe uma receita de bolo, não é um texto que eu vou falar para cada um igual. Então a gente vai vendo, vai construindo a maneira ideal de se dar esse diagnóstico [...] eu vou vendo se ele tem entendimento no assunto, como é que é a expectativa dele, o que que ele está tendo de perspectiva quanto a esse diagnóstico [...] Primeira coisa é deixar claro quanto a importância desse diagnóstico, a gravidade desse diagnóstico, falo de uma maneira clara e da importância de que ele faça o tratamento, de que existe o tratamento [...] eu sempre digo que tem tratamento e quem faz o tratamento é o médico [...] busco que o paciente entenda o que é a doença, o que causou e o que vai ser feito de agora em diante, que ele saiba que tem uma luz no fim do túnel [...] eu tento essa visão mais otimista (CRISTAL).

A gente pede para que algum familiar acompanhe porque é preciso saber se houve o entendimento [...] e confiro a informação, se houve o entendimento da situação [...] o modo de dizer, ele vai depender muito de como é aquele contexto da conversa, da primeira conversa da biópsia (AMETISTA).

Pede-se sempre que eles venham acompanhados [...] eles vão sendo direcionados mesmo com tumores avançados a tratar sempre com uma visão mais positiva possível [...] esse tipo de visão mais otimista é o que a gente procura passar para os pacientes, sempre dando uma esperança [...] tu tem que passar confiança para ele [...] quanto mais enfático nós formos, vamos entender o jeito do paciente, mas nós temos que ser positivos, enfáticos e passar confiança [...] tu tens que mostrar disponibilidade e nós mostramos [...] a gente sempre tenta ter aquela empatia, se colocar no lugar do paciente e ver como aquilo bate nele e isso eu acho que a relação profissional-paciente ela é fundamental (TURQUESA).

Foi possível confirmar neste estudo o que já descrito na literatura, o fato de os profissionais não terem uma preparação durante o seu processo formativo, desde a graduação até as suas especializações, para a comunicação de más notícias. E o quanto isso pode gerar um impacto negativo no paciente se for feito de maneira inadequada.

Não tive essa preparação formal, fui treinando pela prática, pela vida [...] Não é fácil, tu pode, de certa maneira meio que estar condenando uma pessoa. [...] a gente não tem uma educação formal para fazer esse tipo de comunicação, eu acho que por perfusão, por capilaridade a gente vai pegando com os professores mais velhos com quem a gente lida. Eu tive a oportunidade de ter contatos mais prolongados e outros mais curtos com professores que eu entendo que são grandes referências nesse sentido, de conseguir apesar de toda sua preparação técnica, formação técnica e conhecimento de terminologia, tudo, e conseguir falar no nível do paciente, conseguir falar de ser humano para ser humano, o que acaba sendo super importante para quem faz o que a gente faz (ÔNIX).

Na faculdade a gente não recebe nenhuma orientação nesse sentido [...] Na especialização, eu lembro que a gente acompanhava muitos diagnósticos de Carcinoma, mas normalmente quem dava era o professor, não era a gente quem fazia [...] Mas de maneira geral, assim, acho que a gente não tem formação nesse sentido na faculdade, na especialização talvez sim, mas não é todo mundo que, sei lá, que entenda da mesma maneira (CRISTAL).

Nenhum momento. Não existe uma preparação formal nisso, eu acho que existe uma preparação assim, tu acompanha as pessoas, durante o teu treinamento, durante os teus cursos [...] e vai muito também da tua formação eu acho não só técnica, mas a tua formação pessoal [...] é muito da construção de vida também não é só uma questão técnica e a gente vai aprendendo [...] ninguém nunca parou para pensar muito nisso assim, sabe. Passa meio que pela tangente de todos os cursos (AMETISTA).

Na graduação dificilmente é tu que vai dar a notícia, tu me entendes? Vai ser o teu professor [...] quem faz isso na graduação é o professor com o aluno acompanhado [...] não é todo mundo que estaria em condições de ajudar o paciente, entendeu, na hora tu dá uma notícia de uma maneira inadequada talvez em vez de ajudar tu vais atrapalhar aquele paciente [...] pergunta em relação aos alunos terem uma formação, talvez deficitária no dar uma notícia para o paciente, talvez ele tenha essa formação deficitária (TURQUESA).

Os profissionais mencionaram como se sentem com o fato de terem que informar notícias negativas, como o diagnóstico de um câncer bucal. Apontam que a sensibilidade não foi perdida com os anos de profissão e que sentem a dor do paciente, mas o fazem e ficam felizes porque estão verdadeiramente ajudando uma pessoa.

Hoje eu me vejo mais preparado [...] mas é difícil, a gente meio que sofre junto com o paciente, e não pode externar isso, não posso nunca, por exemplo, chorar na frente do paciente (ÔNIX).

Penso “bom eu posso ter perfil para isso” [...] sem dúvida a sensibilidade a gente não perde [...] Eu me lembro dos pacientes, eu não lembro o nome do paciente, mas eu lembro do rosto do paciente [...] essa sensibilidade a gente não perde, mas eu me sinto bem porque, porque eu estou fazendo meu trabalho da melhor forma [...] eu penso: se ele chegou até mim, a minha obrigação é fazer o melhor que eu posso fazer [...] Mas eu penso que o que estava ao meu alcance, como profissional da Saúde, eu fiz por ele, é o que eu

penso e isso me conforta e me faz feliz, é por isso que eu escolhi fazer e atuo nessa área (QUARTZO).

[...] a gente vai ficando um pouco mais seguro em dar a notícia, e transmitir isso ao paciente. Com certeza nos primeiros anos, eu acho que eu era mais assim, tremia um pouco mais na base para dar notícia [...] eu fico muito tranquila nessa condução, mas eu sinto, eu sinto. Eu tenho vários pacientes assim que eu sou apaixonada e que eu morro assim, sabe, porque me dá um aperto no coração alguns [...] a gente tem um apego [...] existe um vínculo. [...] A gente se envolve, se empenha para isso, então tem um envolvimento. Mas é um sofrimento com responsabilidade digamos assim (AMETISTA).

Eu ainda tenho um pouco de dificuldade para, eu te confesso que assim ó quando eu atendo pacientes jovens [...] quando eu atendo criança, quando eu atendo os jovens, adolescente, gente moça, tu vai para casa e tu não esquece [...] eu não tenho realmente nenhum problema para os pacientes adultos, pacientes idosos. Cada vez mais se vê câncer, então assim, a gente sabe mais ou menos como conduzir [...] mas eu não gosto de dar, obviamente a notícia [...] mas alguém tem que ajudar esses pacientes. Então eu lido muito bem com isso e me sinto feliz com o que eu faço (TURQUESA).

A linguagem utilizada durante a comunicação com o paciente e o fato de ele estar acompanhado de alguém da sua rede de apoio durante a entrega do laudo faz diferença na compreensão da doença e na adesão ao tratamento. Por isso usam termos adequados ao entendimento do paciente, evitando termos científicos e convocando que esse paciente venha acompanhado para a entrega do laudo. Nem todos os pacientes conseguem vir acompanhados, mas quando há presença há maior assimilação da informação.

Eu tento sempre chamar um familiar junto [...] se não houver assim um entendimento no paciente de que a gente está do lado dele, que a gente é um suporte ou se a notícia for dada de uma maneira mais trágica ou negativa a chance de ele aderir é pior [...] tentar ver os aspectos não negativos [...] a gente tenta ver algum aspecto que a gente possa falar sem comprometer depois o que vai ser dito pelos médicos, mas que sirva para encorajar o paciente, para "vamo lá, acho que dá e vamo enfrentar isso aí" (ÔNIX).

Com certeza. Sem dúvida, sem dúvida o impacto, ele é gritante [...] Você tem que explicar [...] a maior parte dos pacientes eles seguem porque eles confiam, assim eles se sentem seguros com aquela informação que você tem [...] "você tem que passar segurança ao seu paciente, você tem que passar credibilidade para o paciente, você consegue passar credibilidade quando você estuda muito aquilo, quando você gosta muito de fazer aquilo [...] para aumentar essa adesão eu sempre peço que se tiver algum parente, algum familiar enfim, amigo, quem estiver junto ali com esse paciente entre junto para receber a explicação, os esclarecimentos. Acho que isso é o mais importante (QUARTZO).

Eu acredito que sim [...] tanto a maneira de como eu falar isso para ele como a maneira como ele receber isso vai determinar como ele vai fazer esse tratamento, como ele vai lidar com o diagnóstico, como ele vai lidar com a doença e como ele vai encarar isso e como vai ser feito o tratamento em si [...]

eu gosto de que venha acompanhante [...] às vezes, é muita informação e a pessoa não consegue absorver tudo (CRISTAL).

Eu falo muito em doença ruim, doença grave, doença séria, tumor que é uma palavra um pouquinho mais amena [...] Então depende muito desse acesso que o paciente te dar para tu ir falando o termo que tu vai usar [...] Então a gente desvia o negativo do câncer para o positivo da forma com que o paciente vai superar isso [...] geralmente a gente pede para que algum familiar acompanhe porque é preciso saber se houve o entendimento né (AMETISTA).

A relação profissional-paciente tu tem que passar confiança para ele, tem que confiar em ti, no que tu estás dizendo para ele e isso é uma coisa assim que quanto mais enfático nós formos, vamos entender o jeito do paciente, mas nós temos que ser positivos, enfáticos e passar confiança [...] geralmente se pede para vir um acompanhante no dia de biópsia, no dia de receber laudo [...] quando o paciente tem uma família por trás, alguém, a gente tem pacientes que vem com o vizinho. Sabe quando tu tem vontade de abraçar o vizinho e dizer: "muito obrigada porque tu salvou uma pessoa" [...] quando tem amparo de retaguarda afetiva seja familiar ou de alguém a coisa vai muito melhor do que aquele paciente desamparado e o paciente deprimido [...] sempre tem alguém que tenha mais ascendência que é o que nós também perguntamos aos familiares: "quem é que ele obedece? Quem é que aquele vovó mais teimoso consegue ouvir?" E essa pessoa é aquela instruída para acompanhá-lo, para botar esse paciente no compromisso (TURQUESA).

#### 6.4 TEMA 3 – CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A atuação do cirurgião-dentista após a consulta de estabelecimento do diagnóstico do câncer bucal, deve ser de encaminhar esse paciente aos serviços médicos da oncologia. Portanto, o profissional não participa da definição do tratamento propriamente dito do câncer, não atua na definição do projeto terapêutico singular desses pacientes, então o seu papel é o de identificação e diagnóstico das lesões e em seguida a adequação bucal e demais acompanhamentos, como o tratamento de mucosites que podem surgir com as terapias contra o câncer, visando a preservação da saúde bucal desse paciente. E ainda assim, os pacientes costumam questionar aos profissionais qual será o seu tratamento.

A gente tem que como dentista reconhecer a nossa limitação, e não se empolgar e querer fazer uma antecipação ao paciente de como vai ser o tratamento porque isso vai ser definido com outras informações que a gente nem tem no momento do diagnóstico. Então o paciente é comum de ele perguntar para a gente como vai ser o tratamento [...] a gente está aqui para responder tudo que a gente tiver condição de responder, essa em relação ao tratamento a gente não costuma responder [...] Porque eu me preocupo com isso, porque não pode mesmo que a gente tenha uma impressão, dá conflito de informação no que eu vou dizer e no que o médico vai dizer depois. Senão o paciente pode perder a confiança na equipe e daqui a pouco não adere, abandona, aí é o caos (ÔNIX).

Sempre. O paciente sempre quer saber [...] isso é uma questão que sempre gera uma ansiedade [...] eles sempre questionam e eu de maneira geral evito [...] "a gente não fala sobre tratamento, eu não vou, não sou eu quem determino como vai ser esse tratamento [...] o médico vai lhe pedir mais exames, vai avaliar e vai conversar com o senhor sobre como vai ser feito esse tratamento, ele vai decidir junto com o senhor o que que vai ser feito. O médico que decide não o dentista" (CRISTAL).

Eles perguntam, aí a gente fica um pouco no evasivo, porque a gente não sabe exatamente o que vai acontecer [...] só quem vai saber é o hospital porque tem que fazer exame complementar, então eu dou uma explicada meio genérica [...] não entro muito no detalhe nem mando procurar (AMETISTA).

Eles perguntam [...] a gente prefere que eles consultem com o cabeça pescoço e que lá eles questionem tudo [...] "olha, isso aí tem que consultar com o cirurgião de cabeça e pescoço e ele vai te dizer exatamente" [...] a gente vai dando uma ideia inicial e quem define realmente é o cabeça e pescoço (TURQUESA).

Após a comunicação diagnóstica de câncer bucal realizada no CEO, as sequências protocolares de encaminhamentos do paciente com câncer bucal nos níveis de atenção na rede de saúde que se seguem, promovem *gaps* na comunicação com o paciente e entre os serviços. O contra-referenciamento do CEO do paciente de volta para a unidade de saúde realizar o encaminhamento ao setor médico oncológico não envolve a construção de um PTS com a definição do itinerário do paciente na rede de saúde do SUS. O vínculo com o CEO não se perde. O paciente torna-se vinculado aos três níveis de atenção, sem necessariamente haver uma articulação ou comunicação entre esses níveis que tenham como objeto o paciente em seu processo de adoecimento e cura.

[...] de uma forma geral quando o paciente tem o diagnóstico feito pela nossa equipe é feito uma carta para o profissional da primária meio que para orientar os passos seguintes [...] aí tem as nossas informações ali de telefone, caso o profissional da primária queira discutir o caso, nos ligar, enfim. Então a gente se coloca à disposição, mas tenta colocar o paciente no caminho que vai ser o caminho combinado ou pactuado para ele conseguir obter o tratamento (ÔNIX).

Tem algumas sequências que a gente não pode pular [...] além do laudo, da entrega do laudo, eu geralmente faço uma carta para o profissional, encaminho "ao colega médico, equipe de cirurgia, equipe de cabeça e pescoço, ou se o paciente tiver que voltar para a UBS lá, para o colega da UBS", é exatamente me colocando à disposição, inclusive deixo ali geralmente meu contato, enfim e coloco a questão que esse paciente, ele tem que seguir para tratamento [...] A gente tenta o máximo fazer com que esse paciente faça o caminho exato, e o menor caminho possível (QUARTZO).

No CEO eu encaminho para atenção hospitalar na cirurgia de cabeça e pescoço [...] Então depois que ele vai para o cabeça e pescoço, ele continua também comigo (CRISTAL).

A gente não enxerga o paciente, se o paciente não diz onde está, a gente não sabe onde ele está. Por isso o contato, ligar, fazer com que eles voltem para ter alguma informação [...] ele chega na atenção básica, da atenção básica para o CEO a gente se comunica muito, eu procuro estimular muito a conversa com os dentistas, os dentistas tem o meu contato, se tiver dúvida a gente discute, então entre a atenção básica e o CEO a gente procura estimular essa conversa para saber onde o paciente anda [...] uma vez que ele entrou no nível hospitalar quem vai cuidar do itinerário dele vai ser a equipe médica [...] e aí a gente não tem acesso. Então seria importante a gente ter esse acesso para saber onde o paciente anda [...] dentro do hospital ele acaba tendo esse cuidado com as equipes do próprio hospital, não necessariamente ele vai voltar para o CEO ou voltar para atenção básica pedindo o atendimento odontológico [...] esse cuidado do itinerário, ele é uma das maiores deficiências que a gente tem para saber, para ter o acompanhamento e saber o itinerário, da vida dele [...] Se o paciente fez o vínculo e aí está a questão da corresponsabilização, a gente até fica sabendo de alguma coisa, a gente orienta, mas depois ele meio que se sente pertencente ao hospital, é como se ele não fizesse mais parte da atenção básica e do CEO (AMETISTA).

Nós vamos fazer todos os procedimentos para encaminhar esse paciente, cartinha, laudo, ele vai no seu posto de saúde e faz a marcação por lá [...] ele vai fazer uma avaliação no serviço de Oncologia da rede pública e ali eles vão definir, só que o paciente sempre fica vinculado ao nosso serviço, nós vamos sempre marcar um controle para que ele retorne para nós (TURQUESA).

Na teoria deveria ocorrer o diálogo entre os três níveis de atenção, no entanto mostrou-se não ser uma prática corriqueira no cotidiano dos profissionais.

Eventualmente sim, mas como regra muito longe disso [...] a gente teria que ter a secundária mais bem organizada em todo o estado (ÔNIX).

[...] na prática não acontece [...] com o laudo, com o diagnóstico e com essa carta que eu mando junto, pouquíssimas pessoas, poucos profissionais entram em contato, pouquíssimos, às vezes eu fico me questionando se eles inclusive leram aquilo sabe [...] por mais que a gente se coloque à disposição, esteja a disposição, poucos retornam (QUARTZO).

Com o cabeça e pescoço raramente consigo contato. Eu nem fico sabendo direito o que que foi feito, que a gente não consegue nem acessar pelo sistema [...] não sei se com os outros, mas comigo nunca o cabeça e pescoço questionou nada (CRISTAL).

A primária e a secundária acho que acontece [...] Entre os hospitais, como eu falei, tem esse entrave porque fica uma coisa muito mais impessoal [...] se precisar conversar a gente dá um jeito de conversar [...] É mais fácil eu achar o cirurgião e falar com ele sobre algum caso do que o caminho contrário (AMETISTA).

Entre o dentista e o especialista sim [...] nós costumamos dar um retorno por escrito [...] quem operou nós conhecemos e aí tendo alguma necessidade nós vamos atrás desse profissional, mas em geral não existe aquele retorno [...] Não é assim aquela comunicação como tu estás falando, de se reportarem uns aos outros (TURQUESA).

## 6.5 TEMA 4 – COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO

A corresponsabilização do paciente, é um dos princípios de práticas de humanização. Os participantes enfatizaram um conceito muito ligado ao fato do paciente compreender o seu papel e a gravidade de sua situação em relação à doença.

Nem sempre e às vezes ele não entende na minha impressão nem a gravidade do diagnóstico [...] Ele não entendeu direito o que representa um tumor maligno [...] Aí a gente faz uma abordagem um pouco mais enfática para ver se a ficha cai [...] às vezes a dificuldade das pessoas ou essa negação que vai atuar por algum tempo até que daqui a pouco dá o clique, aí a pessoa “agora entendi, entendi o que é” Porque é um processo de cada um, cada um lida com o processo de saúde-doença de uma forma diferente, muito subjetivo [...] eu posso ser o melhor profissional do ponto de vista técnico, e se a gente não conseguir tocar no ponto e fazer a pessoa compreender e assumir o seu grau de responsabilidade sobre a condução do caso e sobre a doença a gente não vai ter sucesso (ÔNIX).

Se o paciente, ele não está ciente do diagnóstico, esse núcleo familiar, enfim, esses amigos, enfim essas pessoas que dão suporte a ele ou o paciente caso ele não tenha essas pessoas para dar um suporte, eu acredito que a corresponsabilização ela faz, uma grande parcela da corresponsabilização é você estar ciente da gravidade do problema [...] quem vai decidir fazer ou não o tratamento é o paciente [...] Então esse caminho de você falar a linguagem do paciente de acordo com cada perfil de paciente isso facilita na corresponsabilização [...] a adesão maior é quando você consegue esclarecer ao paciente, nem que você gaste mais tempo e que depois você acaba dinamizando isso, você faz isso com mais rapidez, mas tem que construir isso. Você só entregar um papel para pessoa sem explicar para ela o que é não adianta, é o que eu penso (QUARTZO).

Acho que entende [...] Principalmente na questão de cuidado, ele sabe muitas vezes que ele tem que parar de fumar, mas ele não consegue, mas ele muitas vezes pede ajuda [...] Então é um trabalho que eu acho que tem que ser contínuo, não adianta só dizer “é isso e agora é tua parte” [...] Agora a gente tem trabalhado muito com pacientes nos últimos anos tem feito mais vínculo e tem vindo dar sequência. Mas é difícil. Bem difícil. (AMETISTA).

[...]é o que a gente deseja, o papel dele de colaborar, de fazer junto, mas procuramos sempre envolver a família [...] Então tu compromete o paciente junto no tratamento e no ir atrás do que ele tem que fazer, mas a gente se coloca sempre junto (TURQUESA).

O desenvolvimento de competências de humanização para que o profissional saiba se comunicar e consiga realizar um cuidado humanizado e atencioso através da cortesia e compreensão com o paciente mostrou-se estar relacionado com as experiências individuais dos profissionais ao longo dos anos e eles estão em constante construção e solidificação das suas competências de humanização.

[...] na medida que vai tendo mais experiência tu vai conseguir até te sentindo mais à vontade para tocar assim questões que são delicadas [...] para te dar um exemplo da questão da humanização e de entender a realidade do nosso paciente, eu pergunto “Olha, esse medicamento custa tanto, o senhor acha que tem condição de arcar com esse custo?” [...] a gente tenta sempre que possível entender ao máximo a realidade daquele paciente, perguntar se ele tem dúvida. É nesse sentido que eu te disse, que a experiência vai te moldando [...] vai nos dando essa sensibilidade [...] dentro da nossa atividade, comum é repetir várias vezes a informação [...] a gente não pode nunca demonstrar espanto ao paciente [...] E é claro que também existe a troca, como eu te falei, entre profissionais quando o mais experiente com o menos experiente estão atuando juntos, ou das nossas vivências passadas durante a formação, graduação e pós-graduação, tudo isso vai aos poucos se acumulando. É incremental, tu vai vendo ou a gente nos congressos vendo as apresentações de outros profissionais de outras áreas do país, enfim tudo isso vai te formando, complementando tua formação, eu acredito que está sempre, a gente nunca está pronto, a gente está sempre buscando ou deveria estar buscando ser um pouco melhor a cada dia [...] a gente também aprende muito com os pacientes (ÔNIX).

Eu acho que alguns aspectos, eles são aspectos que eles não estão envolvidos na academia, não estão envolvidos no grau de instrução que o profissional tem, não é por conta da quantidade de pós doutorado ou de formação que o profissional tem que ele desenvolve algumas habilidades, eu acho que as pessoas, que a academia ela traz o conhecimento para a gente, mas ela não traz os aspectos humanos [...] o fato de eu ter passado por muitos locais distintos, ter visto ou ido para outros estados, conhecido outras realidades, descoberto que talvez as coisas que me disseram que era certo não eram tão certo assim, sabe? Então esses aspectos são aspectos muito importantes porque, às vezes, as pessoas ficam muito focadas só em uma instituição [...] aspectos importantes da empatia, da questão do altruísmo, eu acho que é um pouco também das experiências de vida que eu tenho [...] além obviamente como eu te falei dos profissionais que passaram na minha vida, das pessoas que me deram exemplos excelentes, de pessoas também que me deram exemplos que não eram nada bons e eu pensei: “Não, esse exemplo eu não posso seguir, eu quero ser um profissional diferente”. Então eu acho que esses aspectos da humanização, ele envolve a pessoa, o ser humano que está ali [...] Aí eu tento me colocar na posição do paciente, penso, como será que eu gostaria que as pessoas me tratassem, como que eu gosto que um profissional me trate quando eu vou ao consultório [...] maior o número de experiências você vai agregando, eu tento ir agregando, agregando e obviamente filtrando, a gente vai melhorando, vai e às vezes erra, a gente sempre erra não adianta, isso, estamos vivos e estamos errando, seres humanos estão no planeta para errar [...] você saber ouvir o outro, estar junto, e os alunos e os pacientes são as pessoas que mais me ensinam, então eu tento agregar isso, eu aprendo várias coisas [...] espera-se que a pessoa quanto mais experiente ela seja ela fique um pouquinho melhor (QUARTZO).

[...] a cada diagnóstico que a gente dá, a cada paciente que a gente atende acaba a gente construindo essa maneira de fazer cada vez melhor [...] a gente acaba tendo que ter sensibilidade, bom senso, percepção para conseguir sentir como vai ser feito, como é a melhor maneira de abordar [...] a gente só consegue aprender e desenvolver e construir essa bagagem quando a gente está fazendo, quando a gente é colocado ali frente a frente com o paciente [...] tu tem que saber como abordar e como fazer com que ele se sinta à vontade para perguntar ou que ele consiga entender da maneira dele [...] Então não existe uma técnica que seja ali engessada para cada um, claro que a gente vai construindo, cada vez a gente vai vendo uma maneira melhor de conduzir cada caso, de como é que a gente pode contribuir enquanto dentista, enquanto

pessoa [...] cada vez um pouquinho uma maneira mais fácil, menos difícil de dar esse diagnóstico, de conseguir conduzir o tratamento (CRISTAL).

Eu acho que a construção, ela vem da vivência de todos os serviços que eu já trabalhei, de todos os cursos e todos os locais que eu convivi nesse período [...] eu vim acumulando esse conhecimento pela observação muito dos colegas e da forma como as pessoas agiam em relação aos pacientes [...] é a questão assim, não é só técnica, é uma questão de formação pessoal mesmo, de valores pessoais, familiares, de convívio, de entender, de leituras diversas, não é uma questão só técnica [...] eu acho que ouvir o paciente, entender de onde ele vem, saber qual é o contexto, saber se ele vai fazer aquilo que tu está sugerindo para ele [...] eu acho que é na construção que a gente vai adquirindo pela observação dos casos, das pessoas [...] não acho que tenha isso em um livro, um curso vai te ensinar isso, eu acho que a vivência dos campos de estágio é que trazem essa observação dos profissionais [...] tu aprende na prática [...] acho que esse olhar assim de querer melhorar a qualidade, ela é muito pessoal [...] existe uma humanização do atendimento, ele não é mais um número, ele não é um registro, ele tem uma família, ele tem um contexto (AMETISTA).

Com certeza a gente muda por que se aprende [...] tudo isso são questões de treinamento, de aprendizado, de ver o resultado, a medida que tu vais trabalhando de uma maneira e vendo que aquilo ali, às vezes nem sempre tu vai corresponder a atitude do paciente com aquilo que tu desejavas tu vai aprendendo [...] tu vais aprendendo a desenvolver [...] o que que eu mais considero em tudo é a empatia, olhar para o paciente, ver quem tá na tua frente [...] tem coisas que tu vais aprendendo até no que não dá certo, tu vai reforçando os teus acertos e aprendendo em cima dos teus erros. Que querendo ou não todo mundo tenta acertar, mas às vezes a gente não acerta [...] sempre enxergar quem está na tua frente, como é o perfil desse paciente tanto emocional, sócio-econômico [...] Isso para mim é atitude, é te colocar no lugar do paciente [...] eu acho que principalmente entender o perfil emocional do paciente, a situação financeira desse paciente e como ele vai poder tocar a sua vida a partir de um diagnóstico que a gente está dando, para que ele se sinta amparado, com suporte familiar de preferência e das equipes que tratam (TURQUESA).

Profissionais indicam cursos como uma alternativa para aperfeiçoar o desenvolvimento de suas competências em momentos como o da comunicação diagnóstica, principalmente às de más notícias.

Acho que é bem importante [...] a gente tem uma capacidade limitada de comunicação com alguns pacientes e tentar se instrumentalizar com apoio de quem faz isso para conseguir melhorar a nossa comunicação e o grau de conhecimento das pessoas em relação a sua doença que eu acho que é a preocupação que a área da saúde tem que ter (ÔNIX).

Tem pessoas que são um pouco mais tímidas, tem mais dificuldade [...] mais introspectiva, então acho que a partir do momento que você quer desenvolver uma habilidade, eu acho que sim, eu acho que tudo é válido [...] acho que é importante porque isso não é muito desenvolvido na graduação (QUARTZO).

Eu indicaria porque isso é importante e porque eu acho que isso vai determinar muita coisa [...] Acho que cada vez a gente faz de uma maneira melhor, mas acho importante sim que tivessem estudos e que a gente aprendesse isso desde a faculdade e que

a gente tivesse cada vez mais apto do ponto de vista teórico para isso (CRISTAL).

Sobre isso é muito importante porque tu vai construindo a tua própria forma de dar essa notícia, então tu vai absorvendo o conhecimento e vai vendo o que que para ti, para o teu perfil, pelo teu jeito, é a melhor forma de dar essa notícia ao paciente. Eu acho que sempre é válido. Aprender sempre [...] E eu acho que é por aí, ouvir uma palestra, fazer um curso, ler um livro, discutir (AMETISTA).

Tranquilamente. Só desde que existam os cursos [...] essas notícias negativas, elas fazem parte da nosso dia a dia [...] é interessante que a gente consiga falar que não é bom, mas de uma forma mais positiva, mais esperançosa, que tu não fecha a porta para o diálogo com o teu paciente [...] eu acho que só ajuda na relação profissional-paciente, na solidificação, aquela confiança que para mim é o mais importante (TURQUESA).

## 7. ARTIGO CIENTÍFICO<sup>1</sup>

### **O CIRURGIÃO-DENTISTA E A COMUNICAÇÃO NO ITINERÁRIO DO CUIDADO DO CÂNCER BUCAL NA REDE DE SAÚDE**

Juliana Rosa Simões Lopes<sup>1</sup>; Cristine Maria Warmling<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. juliana.rslopes@hotmail.com

<sup>2</sup>Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. cristinewarmling@yahoo.com.br

#### **RESUMO**

O objetivo deste estudo é analisar as competências do cirurgião-dentista no cuidado de câncer bucal na rede de saúde do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre/RS. Foi realizado um estudo de caso do tipo holístico de natureza qualitativa. O cenário do estudo foi a rede de instituições e serviços da atenção secundária de saúde bucal do SUS do município de Porto Alegre em que se realiza o cuidado do câncer bucal. Foram convidados a participar da pesquisa os cirurgiões-dentistas atuantes em estomatologia na atenção secundária do SUS no município. Para a produção dos dados foram realizadas, de modo online e por meio da plataforma oficial da UFRGS (Mconf) entrevistas aprofundadas com duração de quarenta minutos a uma hora. Os vídeos gravados foram posteriormente transcritos para análise. A definição da amostra seguiu o critério da saturação teórica. A análise foi realizada com base na análise textual do discurso. O acolhimento e o vínculo estabelecido pelos profissionais com os pacientes com câncer bucal atendidos na rede caracteriza-se por uma conduta ágil, com muita conversa e disponibilidade aos pacientes. Declaram não perder a sensibilidade com os anos de profissão e que sentem a dor do paciente ao comunicar o diagnóstico de um câncer bucal. O diálogo entre os três níveis de atenção mostrou-se não ser uma prática simples no cotidiano dos participantes do estudo. É mais acessível o contato entre os profissionais da atenção básica e secundária. A

---

<sup>1</sup> De acordo com a Norma ABNT NBR 6022

comunicação é uma das competências do cirurgião-dentista que deveria ser desenvolvida ao longo do processo formativo.

**Palavras-chave:** neoplasias bucais, Sistema Único de Saúde, odontólogos.

## INTRODUÇÃO

O câncer bucal atinge as estruturas bucais dos lábios, mucosa jugal, gengiva, palato e língua. Estima-se que no ano de 2020, o número de novos casos de câncer bucal tenha sido de 15.190, desses 11.180 afetando os homens e 4.010 as mulheres. Está entre os cinco tipos de câncer mais comuns em homens no Brasil (BRASIL, 2020a). É uma doença de determinação multifatorial (RIBEIRO *et al.*, 2017). Afeta principalmente o sexo masculino acima de 40 anos, e está relacionado significativamente à indivíduos tabagistas e etilistas, principalmente quando os dois hábitos estão associados a chance de o usuário vir a ser acometido pela doença aumenta (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2020a; BEZERRA *et al.*, 2018). Outros fatores relevantes como a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer bucal (BRASIL, 2020a; LAFAURIE *et al.*, 2018; BRASIL, 2020b). Assim como a exposição ao sol sem proteção (BRASIL, 2020a).

Em relação ao número de óbitos por câncer de orofaringe e bucal no Brasil, aproximadamente 80% corresponde ao sexo masculino e 20% ao sexo feminino (FONSECA *et al.*, 2018; PEREA *et al.*, 2018). Em 2018 no Brasil, no Atlas de Mortalidade por Câncer no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o número de óbitos de câncer bucal é de 6.455 (4.974 homens e 1.481 mulheres), acometendo principalmente os homens na faixa etária entre 60 e 79 anos (BRASIL, 2020b). A taxa de óbito dos pacientes com câncer bucal no Brasil é de 49% (MORO *et al.*, 2018). Na pesquisa de Epstein *et al.* (2008), observou-se que em cinco anos de acompanhamento, a taxa de sobrevivência dos pacientes com câncer bucal é de 50% (EPSTEIN *et al.*, 2008). Foi constatada a estabilidade nas taxas de mortalidade por câncer bucal (PEREA *et al.*, 2018).

A detecção do câncer e a consequente tomada de atitudes em estágios precoces acarreta diminuição na mortalidade, na morbidade e na mutilação decorrente da evolução da doença e do seu tratamento, bem como redução dos custos e aumento

das taxas de sobrevivência (SCOTT; GRUNFELD; MCGURK, 2006). Ou seja, “câncer e tempo andam lado a lado, quanto maior a espera, menor a chance de um bom prognóstico” (CABRAL *et al.*, 2019). Atrasos no diagnóstico e no tratamento podem ocorrer pela demora por parte do paciente, do profissional e do sistema (OLESEN; HANSEN; VEDSTED, 2009; BARROS; CASOTTI; GOUVEA, 2017).

Ao tratar pacientes com câncer, a comunicação requer que grande quantidade de informações seja transmitida por parte do profissional, mas a comunicação não deve se limitar apenas à falas do profissional e sim de ambos (BACK *et al.*, 2005). Para uma boa comunicação ser realizada deve-se compreender o paciente, tratando-o como sujeito único e assim a forma de comunicar-se dependerá do estilo do paciente (NOWAK; BUCHANAN; ASIMAKOPOULOU, 2018; ALVES *et al.*, 2019).

O atendimento humanizado pressupõe envolver-se e estar atento aos direitos da pessoa. O cuidado qualificado e em defesa da pessoa, em um ambiente que promove a saúde na rede de atenção ao cuidado deve ter a intenção de ampliar a autonomia de cada um no seu tratamento (ALBUQUERQUE, 2018). O atendimento humanizado deve estar vinculado à saúde e ao ser humano (VARGAS *et al.*, 2020).

A humanização quando tratada como política pública resulta em atitudes como o estímulo da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos, assim como a ampliação da corresponsabilidade dos sujeitos e sua saúde, transformando o cuidado no SUS mais acolhedor solucionando suas demandas com prontidão (BRASIL, 2010).

O principal objetivo da pesquisa foi analisar as competências do cirurgião-dentista no cuidado do câncer bucal na rede de saúde do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre/RS. Por meio das percepções desses profissionais em atendimentos procurou-se compreender o impacto dos processos de acolhimento e criação do vínculo ao momento da comunicação diagnóstica do câncer bucal em relação a adesão e corresponsabilidade do paciente ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso do tipo único e holístico, ou com uma única unidade de análise (YIN, 2010). Optou-se pela abordagem qualitativa por tratar-se de

um estudo que investiga o cuidado do câncer bucal com a produção de informações em profundidade sobre a experiência de profissionais nesse cuidado.

Os cenários do estudo envolvem a rede de serviços de atenção secundária de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre em que cirurgiões-dentistas atuantes em estomatologia no cuidado do câncer bucal.

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas aprofundadas do tipo semi-estruturadas realizadas de modo online por meio de da plataforma Mconf da UFRGS com a duração de aproximadamente quarenta minutos a uma hora. Os vídeos gravados foram posteriormente transcritos. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro que orientou o diálogo sobre temas e assuntos a serem abordados. Sendo os temas: acolhimento e vínculo, comunicação, itinerário terapêutico e competências de humanização.

A pesquisa contou com a participação de cinco cirurgiões-dentistas com especialização e atuação na área de estomatologia no atendimento de pacientes do SUS no município de Porto Alegre/RS. A definição da amostra seguiu o critério de saturação teórica. A análise dos dados foi realizada com base na análise textual do discurso realizado pela pessoa durante a entrevista, após sua transcrição. Aos participantes foram atribuídos nomes fictícios: Ônix, Ametista, Quartzo, Cristal e Turquesa.

O projeto de pesquisa foi submetido para análise ética no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e está na Plataforma Brasil sob o CAAE 23752919.0.0000.5347 com o parecer de aprovação número 3.835.333 (CEP UFRGS) e sob o CAAE 23752919.0.3001.5338 com parecer de aprovação número 4.160332 (CEP SMS Porto Alegre). Ao participante foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todas as informações da pesquisa, informando-o que a entrevista seria gravada e mantida em sigilo. Foram considerados participantes da pesquisa apenas as pessoas que concordaram em assiná-lo.

Quadro 1- Roteiro temático utilizado para a condução das entrevistas com os cirurgiões-dentistas

<b>TEMA I: ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DE VÍNCULO NA REDE</b>
--

Fale sobre o seu papel como dentista no processo de acolhimento e produção vínculo com o paciente de câncer bucal da rede de saúde.
<b>TEMA II: COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO</b>
Discorra sobre meios e estratégias que utiliza para a realização da comunicação do diagnóstico do câncer bucal ao paciente. Como se sente nesse processo ?
<b>TEMA III: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO</b>
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.
<b>TEMA IV: COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO</b>
Relate como desenvolveu na vida profissional competências de humanização para a comunicação diagnóstica do câncer bucal e a elaboração de itinerários terapêuticos?

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL

Se os participantes do estudo (QUADRO 2), por um lado afirmam que as abordagens nos processos de acolhimento não mudam para os pacientes acometidos pelo câncer bucal em relação aos pacientes atendidos na clínica cotidiana de estomatologia, por outro lado demarcam que a primeira consulta de um paciente com suspeita de câncer bucal exige muita conversa, agilidade e disponibilidade ao paciente.

minha postura é a mesma para todos os pacientes: de atenção, cuidado, estabelecimento de vínculo e proporcionar segurança. O que que eu tenho de diferente pra esse paciente, eu tenho pressa [...] não é a visão de tratar diferente porque ele tem uma doença grave, mas o tratamento é diferente porque eu preciso ser rápida [...] (AMETISTA).

O acolhimento é o mesmo para todos os pacientes [...] você tem que usar a sensibilidade (QUARTZO).

A gente tem uma uma abordagem que é muito de acolher, de tentar orientar esse paciente [...] Deixar claro para ele que a gente está preocupado com o estado de saúde e que a gente vai fazer o melhor possível [...] sempre com atendimento mais humanizado [...] a gente tenta se manter a disposição (ÔNIX).

A gente conversa bastante com o paciente (CRISTAL).

“O acolhimento é entendido como uma postura, uma forma de receber e atender os usuários em qualquer momento de interação entre a equipe e a população” (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Ou seja, ocorre a cada contato entre o usuário e o profissional.

O cuidado humanizado está relacionado ao acolhimento, a escuta ativa e ao desenvolvimento do vínculo (MAFI et al, 2017; TAKEMOTO; SILVA, 2007). Ações simples podem melhorar o vínculo entre o profissional e o paciente como o chamar pelo nome e estabelecer uma conversa de maneira não apenas que ele seja ouvido, mas que suas demandas e necessidades sejam o centro da construção do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) (ASSIS et al., 2010).

Quadro 2 – Perfil sociodemográfico e de formação e trabalho dos participantes do estudo

Participantes	Sexo	Ano de nascimento	Cidade de origem
Ônix	Masculino	1978	Porto Alegre
Quartzo	Feminino	1984	Braga
Cristal	Feminino	1991	Porto Alegre
Ametista	Feminino	1973	Porto Alegre
Turquesa	Feminino	1961	Porto Alegre

PERCURSO FORMATIVO

Participantes	Ano conclusão Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado	Outros cursos
Ônix	2000	Não	Patologia Bucal	Patologia Bucal	Não

Quartzo	2010	Patologia Oral e Maxilofacial	Estomatologia	Patologia Bucal	Pós-Doutorado em Diagnóstico Bucal
Cristal	2013	Estomatologia	Estomatologia	Estomatologia	Não
Turquesa	1981	Odontologia Preventiva	Não	Estomatologia	Extensão em estomatologia
Ametista	1995	Periodontia	Patologia Bucal	Estomatologia	Implantodontia / PNE

**PERCURSO PROFISSIONAL**

<b>Participantes</b>	<b>Profissão</b>	<b>Instituição de trabalho atual</b>	<b>Ano de ingresso</b>	<b>Forma de ingresso</b>	<b>Tipo de vínculo</b>
Ônix	Cirurgião-Dentista	Professor de Ensino Superior	2000	Concurso Público	Servidor Público Estatutário
Quartzo	Cirurgiã-Dentista	Professora de Ensino Superior	2010	Concurso Público	Servidor Público Estatutário
Cristal	Cirurgiã-Dentista	CEO – SMS Porto Alegre	2018	Concurso Público	Servidor Público Estatutário
Ametista	Cirurgiã-Dentista	CEO – SMS Porto Alegre	2000	Concurso Público	Servidor Público Estatutário

A cada consulta o vínculo com os pacientes se fortalece. Em geral é um processo que exige cerca de três consultas para o diagnóstico de câncer bucal, a partir daí há o encaminhamento ao médico, então os pacientes só retornarão para acompanhamentos. Há eficiência em agir rapidamente na busca pelo diagnóstico.

Na medida do possível a gente tenta fazer a biópsia incisional naquela mesma consulta (primeira consulta) [...] em uma consulta seguinte que isso dá na semana seguinte [...] você tem o laudo pronto para entregar para o paciente e ele poder ser referenciado para tratamento (QUARTZO).

Até o diagnóstico são pelo menos três consultas e depois depende, tem paciente que eu vejo uma vez por ano, tem paciente que eu vejo agora enquanto está tratando a cada 15 dias, 20 dias, 1 vez por mês (AMETISTA).

Ele faz a biópsia e define o diagnóstico lá conosco [...] vai para cirurgia de cabeça e pescoço [...] E ele vai retomar conosco, ele vai seguir sendo acompanhado [...] eu encaminho e peço para ele voltar em 30 dias (TURQUESA).

Ao individualizar o contato com o paciente, por meio de práticas, que buscam interação e compreensão do paciente, criam-se novas possibilidades de construção de vínculo (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015; MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Os pacientes apontam que o momento em que recebem a notícia de que estão com câncer é um momento importante e que deveria haver outro tipo de abordagem, pois sentem que os profissionais lhes fornecem a notícia de maneira direta e impessoal (OLIVEIRA; ZAGO; THORNE, 2017). Por exemplo, reações expressivas em resposta a um diagnóstico, tal como um choro, podem não encontrar apoio do profissional e levar ao sentimento de desamparo do paciente (THOMSEN *et al.*, 2007). Ser capaz de considerar o que é importante aos pacientes ao receberem notícias negativas, como o diagnóstico de câncer, contribui para a compreensão de como o profissional pode se aperfeiçoar ao realizá-la durante sua prática, como ser honesto com o paciente sobre seu estado de saúde e prognóstico e que ele receba atenção total do profissional durante o seu atendimento (PARKER *et al.*, 2001; ALVES *et al.*, 2019).

Os profissionais apresentam diferentes meios e estratégias para realizar a comunicação da má notícia do diagnóstico de câncer bucal. A linguagem utilizada durante a comunicação com o paciente e o fato de ele estar acompanhado de alguém da sua rede de apoio durante a entrega do laudo faz diferença na compreensão da doença e na adesão ao tratamento. Usam termos adequados ao entendimento do paciente, evitando referências científicas e convocando que os pacientes venham acompanhados para a entrega do laudo. Nem todos os pacientes conseguem vir acompanhados, mas quando há presença os profissionais associam que há maior assimilação da informação.

Não existe uma receita de bolo, não é um texto que eu vou falar para cada um igual. Então a gente vai vendo, vai construindo a maneira ideal de se dar esse diagnóstico [...] tanto a maneira de como eu falar isso para ele como a maneira como ele receber isso vai determinar como ele vai fazer esse tratamento, como ele vai lidar com o diagnóstico [...] (CRISTAL).

[...] se não houver assim um entendimento no paciente de que a gente tá do lado dele, que a gente é um suporte ou se a notícia for dada de uma maneira mais trágica ou negativa a chance de ele aderir é pior [...] eu tento encorajar o paciente para o tratamento [...] mostrar que ele pode contar com a gente [...] (ÔNIX).

Você já tem que ter a percepção de talvez qual é o perfil desse paciente [...] você vai utilizar uma terminologia que o paciente possa entender [...] para aumentar essa adesão eu sempre peço que se tiver algum parente, algum familiar, enfim, amigo, quem estiver junto ali com esse paciente entre junto para receber a explicação (QUARTZO).

A gente pede para que algum familiar acompanhe porque é preciso saber se houve o entendimento [...] e confiro a informação [...] o modo de dizer, ele vai depender muito de como é aquele contexto da conversa [...] a gente desvia o negativo do câncer para o positivo da forma com que o paciente vai superar isso [...] (AMETISTA).

Eles vão sendo direcionados mesmo com tumores avançados a tratar sempre com uma visão mais positiva possível [...] quanto mais enfático nós formos, vamos entender o jeito do paciente, mas nós temos que ser positivos, enfáticos e passar confiança [...] (TURQUESA).

O envolvimento dos familiares no cuidado à saúde caracteriza-se como uma prática de cuidado humanizado (DUARTE; NORO, 2010).

A falta de explicações dos profissionais com os pacientes sobre o seu cuidado pode resultar sofrimento, pois abre espaços para a ação do imaginário sobre o seu real estado de saúde (CABRAL *et al.*, 2019).

Pacientes com câncer que demonstraram se sentirem seguros e bem informados no momento da revelação diagnóstica, deve-se ao fato de que lhes foi informado o planejamento do caso (THOMSEN *et al.*, 2007).

Os pacientes com câncer questionam a forma com a qual os profissionais dialogam, visto que geralmente são leigos em assuntos específicos sobre o processo saúde-doença, de modo que muitas vezes não compreendem o que lhes é dito (OLIVEIRA; ZAGO; THORNE, 2017).

Pacientes diagnosticados com câncer buscam principalmente um profissional que apresente um espaço de fala ao paciente para que ele possa e tenha tempo para fazer todas as suas perguntas e que a conversa ocorra de maneira clara e com uma linguagem simples (PARKER *et al.*, 2001). Assim como o profissional conseguir passar segurança ao paciente sobre sua competência (FUJIMORI *et al.*, 2007; PARKER *et al.*, 2001).

Cada comunicação acaba se tornando única, cada relação entre paciente e profissional é única (GEOVANINI, BRAZ, 2013; NOWAK; BUCHANAN; ASIMAKOPOULOU, 2018).

Os participantes do estudo alegam não terem sido preparados nos seus processos formativos, da graduação as especializações, para a comunicação de más

notícias. E nem para o quanto isso pode gerar impactos negativos no paciente se for feito de maneira inadequada.

Não tive essa preparação formal, fui treinando pela prática, pela vida, [...] Não é fácil, tu pode, de certa maneira meio que estar condenando uma pessoa [...] (ÔNIX).

Na faculdade a gente não recebe nenhuma orientação nesse sentido [...] (CRISTAL).

Não existe uma preparação formal nisso, eu acho que existe uma preparação assim, tu acompanha as pessoas, durante o teu treinamento, durante os teus cursos [...] é muito da construção de vida também não é só uma questão técnica e a gente vai aprendendo [...] (AMETISTA).

Na graduação dificilmente é tu quem vai dar a notícia, tu me entendes? Vai ser o teu professor [...] talvez ele (aluno de odontologia) tenha essa formação deficitária (TURQUESA).

Foi possível encontrar na literatura que a comunicação de más notícias não é a única deficiência que ocorre durante a formação dos profissionais, mas também como apontam Barros, Casotti e Gouvê (2017), há desqualificação na detecção dessas lesões também. Se o cirurgião-dentista não está preparado para o diagnóstico precoce de lesões bucais cancerígenas, estará menos ainda para comunicar ao paciente esse diagnóstico. É um problema que afeta outros profissionais, como os médicos citados na pesquisa de Geovanini e Braz (2013) e os enfermeiros na pesquisa de Amorim *et al.* (2019).

Os profissionais mencionaram como se sentem com o fato de terem que informar notícias negativas, como o diagnóstico de um câncer bucal. Apontam que a sensibilidade não foi perdida com os anos de profissão e que sentem a dor do paciente, mas o fazem e ficam felizes porque estão verdadeiramente ajudando uma pessoa.

Eu ainda tenho um pouco de dificuldade, eu te confesso, para quando eu atendo pacientes jovens [...] quando eu atendo criança, quando eu atendo os jovens, adolescentes, gente moça, tu vai para casa e tu não esquece [...] eu não gosto de dar, obviamente a notícia [...] mas alguém tem que ajudar esses pacientes. Então eu lido muito bem com isso e me sinto feliz com o que eu faço (TURQUESA).

[...] sem dúvida a sensibilidade a gente não perde [...] Eu me lembro dos pacientes, eu não lembro o nome do paciente, mas eu lembro do rosto do paciente [...] eu penso: se ele chegou até mim, a minha obrigação é fazer o melhor que eu posso fazer [...] (QUARTZO).

Hoje eu me vejo mais preparado [...] mas é difícil, a gente meio que sofre junto com o paciente, e não pode externar isso, não posso nunca, por exemplo, chorar na frente do paciente (ÔNIX).

[...] eu fico muito tranquila nessa condução, mas eu sinto, eu sinto. Eu tenho vários pacientes assim que eu sou apaixonada e que eu morro porque me dá um aperto no coração alguns [...] A gente se envolve, se empenha para isso, então tem um envolvimento. Mas é um sofrimento com responsabilidade, digamos assim (AMETISTA).

A questão das dificuldades de revelação diagnóstica é definida como uma questão de aptidão desencadeada ainda durante o processo da graduação. Essas competências subjetivas constituem o “humano” do trabalhador na atuação nas redes e serviços de saúde (AMARAL; BOSI, 2017). Para Warmling, Baldisserotto e Rocha (2019), “os trabalhadores para exercerem suas atividades necessitam recorrer aos próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir as variabilidades inerentes às situações do cotidiano de trabalho”.

## PROJETO DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: O DIÁLOGO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO NAS REDES DE SAÚDE

A atuação do cirurgião-dentista no serviço de estomatologia, após a consulta de estabelecimento do diagnóstico do câncer bucal é encaminhar o paciente para os serviços médicos da oncologia. O profissional não participa da definição do tratamento propriamente dito do câncer, não atua na definição de um PTS desses pacientes com os médicos. Seu papel restringe-se ao de identificação e diagnóstico das lesões e em seguida a adequação bucal e demais acompanhamentos, que possam surgir, visando a preservação da saúde bucal do paciente. Ainda assim, os pacientes costumam questionar aos profissionais qual será o seu tratamento.

A gente tem que como dentista reconhecer a nossa limitação, e não se empolgar e querer fazer uma antecipação ao paciente de como vai ser o tratamento porque isso vai ser definido com outras informações que a gente nem tem no momento do diagnóstico [...] mesmo que a gente tenha uma impressão, dá conflito de informação no que eu vou dizer e no que o médico vai dizer depois. Senão o paciente pode perder a confiança na equipe e daqui a pouco não adere, abandona, daí é o caos (ÔNIX).

[...] “o médico vai lhe pedir mais exames, vai avaliar e vai conversar com o senhor sobre como vai ser feito esse tratamento, ele vai decidir junto com o senhor o que que vai ser feito”. O médico quem decide não o dentista (CRISTAL).

Eles perguntam, aí a gente fica um pouco no evasivo, porque a gente não sabe exatamente o que vai acontecer [...] só quem vai saber é o hospital porque tem que fazer exame complementar, então eu dou uma explicada meio gerica [...] (AMETISTA).

Eles perguntam [...] a gente prefere que eles consultem com o cabeça pescoço e que lá eles questionem tudo [...] a gente vai dando uma ideia inicial e quem define realmente é o cabeça e pescoço (TURQUESA).

A construção do PTS por equipes multiprofissionais é a estratégia que definirá o itinerário terapêutico em conjunto com o paciente. Esse percurso realizado pelo paciente em busca da reconstituição da saúde, nos serviços da rede de saúde do SUS, deve ser construído com um olhar ampliado do profissional, que leve em consideração aspectos familiares e pessoais do paciente para a escolha da melhor e mais adequada abordagem terapêutica. Todo esse percurso trilhado pelo paciente deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde (CABRAL *et al.*, 2011; KLEINMAN, 1980; AUGÉ, 1986; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Após a comunicação diagnóstica de câncer bucal realizada no CEO, as sequências protocolares de encaminhamentos do paciente com câncer bucal nos níveis de atenção na rede de saúde que se seguem, promovem *gaps* na comunicação com o paciente e entre os serviços. O contra-referenciamento do CEO do paciente de volta para a unidade de saúde realizar o encaminhamento ao setor médico oncológico não envolve a construção de um PTS com a definição do itinerário do paciente na rede de saúde do SUS. O vínculo com o CEO não se perde. O paciente torna-se vinculado aos três níveis de atenção, sem necessariamente haver uma articulação ou comunicação entre esses níveis que tenham como objeto o paciente em seu processo de adoecimento e cura.

Os profissionais do estudo relatam se esforçar para que o vínculo com o CEO não seja perdido após encaminhamento do paciente ao hospital. No entanto, há pacientes que não retornam ao cirurgião-dentista da atenção básica e secundária para realizarem o acompanhamento odontológico. A esse acompanhamento, Amaral e Bosi (2017), definem como um processo de continuidade de complementaridade entre diferentes serviços e níveis de atenção nas redes de atenção. Essa ausência dos pacientes confirma os achados na pesquisa de Cabral *et al.* (2019), sobre o cuidado ser centralizado no hospital oncológico pondo fim a rede interdisciplinar.

Uma das maiores dificuldades encontradas após a chegada do paciente ao nível hospitalar é o fato de os cirurgiões-dentistas da atenção básica e secundária não terem acesso a esses prontuários e ao seu novo itinerário.

Tem algumas sequências que a gente não pode pular [...] A gente tenta ao máximo fazer com que esse paciente faça o caminho exato e o menor caminho possível (QUARTZO).

[...] de uma forma geral quando o paciente tem o diagnóstico feito pela nossa equipe é feito uma carta para o profissional da primária meio que para orientar os passos seguintes [...] Então a gente se coloca à disposição, mas tenta colocar o paciente no caminho que vai ser o caminho combinado ou pactuado para ele conseguir obter o tratamento (ÔNIX).

No CEO eu encaminho para a atenção hospitalar na cirurgia de cabeça e pescoço [...] Então depois que ele vai para o cabeça e pescoço, ele continua também comigo [...] Com o cabeça e pescoço raramente consigo contato. Eu nem fico sabendo direito o que que foi feito, que a gente não consegue nem acessar pelo sistema (CRISTAL).

[...] uma vez que ele entrou no nível hospitalar quem vai cuidar do itinerário dele vai ser a equipe médica [...] dentro do hospital ele acaba tendo esse cuidado com as equipes do próprio hospital, não necessariamente ele vai voltar para o CEO ou voltar para a atenção básica pedindo o atendimento odontológico [...] A gente não enxerga o paciente, se o paciente não diz onde está, a gente não sabe onde ele está. Por isso o contato, ligar, fazer com que eles voltem para ter alguma informação [...] e aí a gente não tem acesso. Então seria importante a gente ter esse acesso para saber onde o paciente anda [...] esse cuidado do itinerário, ele é uma das maiores deficiências que a gente tem para saber, para ter o acompanhamento e saber o itinerário, a vida dele (AMETISTA).

Nós vamos fazer todos os procedimentos para encaminhar esse paciente [...] só que o paciente sempre fica vinculado ao nosso serviço, nós vamos sempre marcar um controle para que ele retorne para nós (TURQUESA).

As Redes de Atenção à Saúde procuram superar o modo de funcionamento fragmentado dos sistemas de saúde (MENDES, 2010). A rede opera de forma interligada, fazendo com que todos os setores possuam igual importância, mas diferentes responsabilidades em direção ao cuidado integral do indivíduo (BRASIL, 2010). É necessário que a integralidade do cuidado seja assunto nas discussões no sistema de redes a fim de que haja sempre adequações frente aos impasses do cuidado enfrentados pelos pacientes (CABRAL *et al.*, 2019).

Há diferentes possibilidades de relações na rede, por meio de encaminhamentos, chamada telefônica e interconsultas são algumas das alternativas. Sabendo que apenas um serviço atuando exclusivamente não é capaz de solucionar

e nem se responsabilizar por todas as solicitações é preciso haver as articulações intersetoriais (AMARAL; BOSI, 2017). Ou seja atuar em rede. A dificuldade encontrada ao tentar inserir no serviço práticas como a criação de vínculo, a responsabilização profissional e se fundamentar em um trabalho integral e interprofissional podem estar associadas com a resistência à métodos de prestação de serviços focados na técnica e no procedimento e não no usuário em questão (WARMLING, BALDISSEROTTO, ROCHA, 2019).

O diálogo entre os três níveis de atenção, mostrou-se não ser uma prática simples no cotidiano dos participantes do estudo, que mencionam ser mais acessível o contato entre os profissionais da atenção básica e secundária.

A primária e a secundária acho que acontece [...] Entre os hospitais, como eu falei, tem esse entrave porque fica uma coisa muito mais impessoal [...] É mais fácil eu achar o cirurgião e falar com ele sobre algum caso do que o caminho contrário (AMETISTA).

Eventualmente sim, mas como regra muito longe disso [...] a gente teria que ter a secundária mais bem organizada em todo o estado (ÔNIX).

[...] na prática não acontece [...] com o laudo, com o diagnóstico e com essa carta que eu mando junto, pouquíssimas pessoas, poucos profissionais entram em contato, pouquíssimos. Às vezes eu fico me questionando se eles, inclusive, leram aquilo [...] por mais que a gente se coloque a disposição, esteja a disposição, poucos retornam (QUARTZO).

[...] não sei se com os outros, mas comigo nunca o cabeça e pescoço questionou nada (CRISTAL).

Entre o dentista e o especialista sim [...] nós costumamos dar um retorno por escrito [...] quem operou nós conhecemos e aí tendo alguma necessidade nós vamos atrás desse profissional, mas em geral não existe aquele retorno [...] Não é assim aquela comunicação como tu estás falando, de se reportarem uns aos outros (TURQUESA).

Reforçando os achados na pesquisa de Cabral *et al.* (2019), sobre tratar-se de “uma rede vulnerável, fragmentada e centralizada no cuidado biomédico”. E na pesquisa de Slavova-Azmanova *et al.* (2019), em que pacientes apontam como obstáculos a falta de comunicação entre os profissionais responsáveis pelos seus cuidados durante o tratamento de câncer.

## COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO E AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

A corresponsabilização do paciente, é um dos princípios de práticas de humanização. Os participantes enfatizaram um conceito muito ligado ao fato do paciente compreender o seu papel e a gravidade de sua situação em relação à doença.

[...] às vezes ele não entende na minha impressão nem a gravidade do diagnóstico [...] Aí a gente faz uma abordagem um pouco mais enfática para ver se a ficha cai [...] eu posso ser o melhor profissional do ponto de vista técnico e se a gente não conseguir tocar no ponto e fazer a pessoa compreender e assumir o seu grau de responsabilidade sobre a condução do caso e sobre a doença a gente não vai ter sucesso (ÔNIX).

[...] uma grande parcela da corresponsabilização é você estar ciente da gravidade do problema [...] quem vai decidir fazer ou não o tratamento é o paciente [...] Então esse caminho de você falar a linguagem do paciente de acordo com cada perfil de paciente isso facilita na corresponsabilização (QUARTZO).

Acho que entende [...] Então é um trabalho que eu acho que tem que ser contínuo, não adianta só dizer "é isso e agora é tua parte" [...] Mas é difícil. Bem difícil (AMETISTA).

[...] é o que a gente deseja, o papel dele de colaborar, de fazer junto, mas procuramos sempre envolver a família [...] Então tu compromete o paciente junto no tratamento e no ir atrás do que ele tem que fazer, mas a gente se coloca sempre junto (TURQUESA).

O paciente deve interagir ativamente no percurso do cuidado, mas alguns ainda são surpreendidos pelo fato de que podem e devem participar das decisões, assim como há profissionais com dificuldades em tornar o usuário ativo nesse processo (BILODEAU; TREMBLAY, 2018). Ao proporcionar um espaço de fala ao paciente, como a construção de histórias de vida, além de torná-lo parte importante da elaboração do seu projeto terapêutico, aumenta o entendimento da equipe responsável por esse cuidado melhorando sua conduta frente ao caso, de maneira singular (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015).

Algo apontado como de grande valia pelos pacientes é a questão de sentirem estar no controle do seu tratamento (SLAVOVA-AZMANOVA *et al.*, 2019). Ao avaliar a autonomia dos pacientes em relação à tomada de decisões observa-se que o interesse diminui em pacientes mais velhos quando comparados com os pacientes jovens. Outro fato que chama a atenção é o menor desejo de participação quando ocorrem doenças mais graves, mas há um forte desejo em estarem cientes com informações de qualidade (ENDE *et al.*, 1989). Ao mesmo passo que na pesquisa de

Nowak, Buchanan e Asimakopoulou (2018), os pacientes com maior nível educacional se mostram mais interessados, de uma maneira geral, em sua saúde como um todo. Mas os profissionais reconhecem a responsabilidade mútua que deve ser compreendida pelos pacientes.

Na pesquisa de Reis *et al.* (2013) e Duarte e Noro (2010), os profissionais da saúde avaliam a humanização do cuidado como uma forma de se praticar um olhar que vá além das necessidades técnicas do paciente. Slomp Junior, Feuerwerker e Merhy (2015), contestam o fato de que muitos profissionais se limitam apenas ao contexto presente na atual doença do paciente. Visto que os pacientes revelam dispor de muito mais a oferecer, ultrapassando o campo racional. Por um longo período de duração a escolha do ensino era voltado aos saberes técnico e o uso dos melhores materiais para suprir as necessidades bucais dos pacientes. No entanto é necessário que se avalie esse paciente em todos os seus âmbitos de complexidade, ou seja, um olhar integral à saúde do paciente, de modo a agir e solucionar assim todas as suas questões através de um cuidado humanizado e interdisciplinar (VARGAS *et al.*, 2020).

A humanização no SUS busca por atendimentos que sejam mais acolhedores aos sujeitos ao mesmo tempo que lida agilmente com suas necessidades, tornando-o mais humano com sua participação e instigando a corresponsabilidade de todos (BRASIL, 2010). Os pacientes esperam dos profissionais, além de uma excelência técnica, que o seu tratamento seja humanizado e atencioso, pois apenas o conhecimento científico de alta aptidão não garante sinônimo do tratamento de qualidade almejado pelos pacientes. Por isso é necessário entender que a satisfação dos usuários pelo atendimento é uma soma de compostos complexos indo além da técnica odontológica (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

O desenvolvimento de competências de humanização para que o profissional saiba se comunicar e consiga realizar um cuidado humanizado e atencioso através da cortesia e compreensão com o paciente mostrou-se estar relacionado com as experiências individuais dos profissionais ao longo dos anos e eles estão em constante construção e solidificação das suas competências de humanização.

[...] a experiência vai te moldando [...] também existe a troca, como eu te falei, entre profissionais [...] a gente nunca está pronto, a gente está sempre buscando ou deveria estar buscando ser um pouco melhor a cada dia [...] a gente também aprende muito com os pacientes (ÔNIX).

[...] a academia, ela traz o conhecimento para a gente, mas ela não traz os aspectos humanos [...] aspectos importantes da empatia, da questão do altruísmo, eu acho que é um pouco também das experiências de vida que eu tenho [...] além obviamente como eu te falei dos profissionais que passaram na minha vida [...] espera-se que a pessoa quanto mais experiente ela seja ela fique um pouquinho melhor (QUARTZO).

[...] a gente acaba tendo que ter sensibilidade, bom senso, percepção para conseguir sentir como vai ser feito, como é a melhor maneira de abordar [...] não existe uma técnica que seja ali engessada para cada um, claro que a gente vai construindo, cada vez a gente vai vendo uma maneira melhor de conduzir cada caso, de como é que a gente pode contribuir enquanto dentista, enquanto pessoa [...] (CRISTAL).

Eu acho que a construção, ela vem da vivência de todos os serviços que eu já trabalhei, de todos os cursos e todos os locais que eu convivi nesse período [...] eu vim acumulando esse conhecimento pela observação muito dos colegas e da forma como as pessoas agiam em relação aos pacientes [...] não é só técnica, é uma questão de formação pessoal mesmo, de valores pessoais, familiares, de convívio, de entender, de leituras diversas [...] existe uma humanização do atendimento, ele não é mais um número, ele não é um registro, ele tem uma família, ele tem um contexto (AMETISTA).

[...] tu vais aprendendo a desenvolver [...] o que que eu mais considero em tudo é a empatia, olhar para o paciente, ver quem está na tua frente [...] tem coisas que tu vais aprendendo até no que não dá certo, tu vai reforçando os teus acertos e aprendendo em cima dos teus erros. Que querendo ou não todo mundo tenta acertar, mas às vezes a gente não acerta (TURQUESA).

A humanização do profissional envolve questões como o entendimento de aspectos pessoais do seu paciente, como a situação financeira. Apenas oferecer os melhores medicamentos ou outras alternativas auxiliares de cura ao paciente, não garante que ele terá como assumir os custos desse tratamento. Em vista disso, o profissional está em constante adaptação e desenvolvimento de suas competências de humanização.

[...] para te dar um exemplo da questão da humanização e de entender a realidade do nosso paciente, eu pergunto “Olha, esse medicamento custa tanto, o senhor acha que tem condição de arcar com esse custo?” [...] (ÔNIX).

[...] eu acho que ouvir o paciente, entender de onde ele vem, saber qual é o contexto, saber se ele vai fazer aquilo que tu está sugerindo para ele [...] (AMETISTA).

[...] sempre enxergar quem está na tua frente, como é o perfil desse paciente tanto emocional, sócio-econômico [...] Isso para mim é atitude, é te colocar no lugar do paciente [...] (TURQUESA).

O ensino do desenvolvimento de habilidades de comunicação deveria ser parte do currículo odontológico ao longo de todo o curso, pois anos de atendimento não

garantem que haverá domínio dessa capacidade. Alunos que possuem cursos para desenvolver habilidades de comunicação os aprovam e compreendem a importância para a prática clínica (GORTER; EIJKMAN, 1997). De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Ensino Superior (CES), em 2002 ocorreu a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia. A fim de formar profissionais dotados de competências e habilidades gerais, como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Desse modo, desenvolvem-se cirurgiões-dentistas generalistas, humanistas, críticos e reflexivos. Capazes de compreender o contexto social, cultural e econômico dos usuários (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

Um estudo conseguiu demonstrar que os alunos que possuem no seu currículo o aprendizado da comunicação apresentaram escores menores de atitudes negativas quando comparado a alunos de outra universidade (LICHTENSTEIN *et al.*, 2018). E uma dessas competências citadas acima que deveria ser desenvolvida ao longo do processo formativo dos alunos é a comunicação, mas os profissionais já atuantes no mercado de trabalho apontam que há falhas, por isso indicam cursos como uma alternativa para aperfeiçoar o desenvolvimento de suas competências em momentos como o da comunicação diagnóstica, principalmente às de más notícias.

Acho que é bem importante [...] reconhecer que a gente tem uma capacidade limitada de comunicação com alguns pacientes e tentar se instrumentalizar com apoio de quem faz isso para conseguir melhorar a nossa comunicação e o grau de conhecimento das pessoas em relação a sua doença que eu acho que é a preocupação que a área da saúde tem que ter (ÔNIX).

Tem pessoas que são um pouco mais tímidas, tem mais dificuldade [...] mais introspectiva, então acho que a partir do momento que você quer desenvolver uma habilidade, eu acho que sim, eu acho que tudo é válido [...] acho que é importante porque isso não é muito desenvolvido na graduação (QUARTZO).

Eu indicaria porque isso é importante e porque eu acho que isso vai determinar muita coisa [...] Acho que cada vez a gente faz de uma maneira melhor, mas acho importante sim que tivessem estudos e que a gente aprendesse isso desde a faculdade e que a gente tivesse cada vez mais apto do ponto de vista teórico para isso (CRISTAL).

Sobre isso é muito importante porque tu vai construindo a tua própria forma de dar essa notícia, então tu vai absorvendo o conhecimento e vai vendo o que que para ti, para o teu perfil, pelo teu jeito é a melhor forma de dar essa notícia ao paciente (AMETISTA).

Tranquilamente. Só desde que existam os cursos [...] essas notícias negativas, elas fazem parte da nosso dia a dia [...] é interessante que a gente consiga falar que não é bom, mas de uma forma mais positiva, mais esperançosa, que tu não fecha a porta para o diálogo com o teu paciente [...] eu acho que só ajuda na relação profissional-paciente, na solidificação, aquela confiança que para mim é o mais importante (TURQUESA).

Para que os profissionais consigam desenvolver cada vez mais habilidades em relação à comunicação é necessário garantir treinamentos qualificados (HA; LONGNECKER, 2010; BUCKMAN, 1984). Visto que a comunicação caracterizada como insuficiente gera uma repercussão negativa frente às resoluções que o paciente deverá tomar no seu tratamento, causando transtornos ao mesmo (SLAVOVA-AZMANOVA *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cirurgiões-dentistas estomatologistas afirmam que o acolhimento de um paciente com câncer bucal exige muita conversa, agilidade e disponibilidade ao paciente. Ao comunicar o diagnóstico de um câncer bucal, os profissionais declaram não perder a sensibilidade com os anos de profissão e que sentem a dor do paciente.

Embora o diálogo entre os três níveis de atenção seja fundamental, mostrou-se não ser uma prática simples no cotidiano dos participantes do estudo. É mais acessível o contato entre os profissionais da atenção básica e secundária.

A comunicação é uma das competências do cirurgião-dentista que deveria ser desenvolvida ao longo do processo formativo, mas os profissionais já atuantes no mercado de trabalho apontam que há falhas.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR 6022: Informação e documentação: Publicação periódica técnica e/ou científica: apresentação. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ALBUQUERQUE, A. Patient Ombudsman: rights in health care. **Rev Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 326-332, Dec. 2018.

ALVES, C. G. B. *et al.* Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol**, St. Louis, v. 124, n. 4, p. 347-356, Apr. 2020.

- AMARAL, C. E. M.; Bosi, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017.
- AMORIM, C. B. *et al.* Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, set. 2019.
- ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. S. T.; OLIVEIRA, M. C. Associated factor with oral cancer: a study of case control in a population of the Brazil's Northeast. **Rev bras epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 894-905, Dec. 2015.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários.** Salvador: EDUFBA, 2010, p. 115-123.
- AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. **L'Homme**, Paris, v. 26, n. 1-2, p. 81-90, Jan.-Jun. 1986.
- BACK, A. L., *et al.* Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. **CA Cancer J Clin**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 164-177, May 2005.
- BARROS, G. I. S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. **Rev enferm**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4273-4281, nov. 2017.
- BEZERRA, N. V. F. *et al.* Impact of the anatomical location, alcoholism and smoking on the prevalence of advanced oral cancer in Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Valencia, v. 23, n. 3, p. 295-301, May 2018.
- BILODEAU, K.; TREMBLAY, D. How oncology teams can be patient-centred? Opportunities for theoretical improvement through an empirical examination. **Health expect.**, Oxford, v. 22, n. 2, p. 235-244, Apr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de boca 2020.** Brasília, DF, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010.** Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil.** Brasília, DF, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, DF, 2010.
- BUCKMAN, R. Breaking bad news: why is it still so difficult? **Br Med J**, London, v. 288, n. 6430, p. 1597-1599, May 1984.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

CABRAL, M. P. G. *et al.* "Ter câncer mudou minha vida": cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. **Physis (Rio J.)**, v. 29, n. 3, Rio de Janeiro, nov. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO 2002. **Resolução nº CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Diário Oficial da União, 4 de março de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em 04 nov. 2019.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, dez. 2010.

ENDE, J. *et al.* Measuring Patients' Desire for Autonomy: Decision Making and Information-seeking Preferences among Medical Patients. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 4, n. 1, p. 23-30, Feb. 1989.

EPSTEIN, J.B. *et al.* Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma: role of primary care physicians. **Can Fam Physician**, Toronto, v. 54, n. 6, p. 870-875, June 2008.

FONSECA, E. P. *et al.* Geographical variation in oral and oropharynx cancer mortality in Brazil: A Bayesian approach. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 15, n. 12, Dec. 2018.

FUJIMORI *et al.* Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. **Psychooncology**, Chichester, v. 16, n. 7, p. 617-625, July 2007.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, dez. 2013.

GORTER, R. C.; EIJKMAN, A. J. Communication skills training courses in dental education. **Eur J Dent Educ.**, Copenhagen, v. 1, n. 3, p. 143-147, Aug. 1997.

HA, J.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: A review. **Ochsner J.**, Easton, v. 10, n. 1, p. 38-41, Apr. 2010.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatric**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LICHTENSTEIN, N. V. *et al.* Does teaching social and communicative competences influence dental students' attitudes towards learning communication skills? A comparison between two dental schools in Germany. **GMS J Med Educ.**, Erlangen, v. 38, n. 2, May 2018.

MAFI, A. *et al.* A interdisciplinaridade e seus reflexos na formação do cirurgião-dentista. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 62-73, 2017.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p; 65-71, set. 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. **Br. Dent. J.**, London, v. 186, n. 4, p. 166-170, Feb. 1999.

NOWAK, M. J.; BUCHANAN, H.; ASIMAKIPOULOU, K. "You have to treat the person, not the mouth": UK dentist's perceptions of communications in patient consultations. **Psychol Health Med**, Abingdon, v. 23, n. 6, Apr. 2018.

OLESEN, F.; HANSEN, R. P.; VEDSTED, P. Delay in diagnosis: the experience in Denmark. **Br J Cancer**, London, v. 101, n. 2, p. 5-8, Dec. 2009.

OLIVEIRA, R. A. A.; ZAGO, M. M. F.; THORNE, S. E. Interaction between professionals and cancer survivors in the context of Brazilian and Canadian care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, Dec. 2017.

PARKER, P. A. *et al.* Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. **J Clin Oncol**, New York, v. 19, n. 7, p. 2049-1056, Apr. 2001.

PEREA, L. M. E. *et al.* Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período de 2002-2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 10, fev. 2018.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, 264 p.

REIS, L. S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 118-124, jun. 2013.

RIBEIRO, I. L. A. *et al.* Predictors for oral cancer in Brazil. **Rev Odontol UNESP**, João Pessoa, v. 46, n. 6, p. 325-329, Dec. 2017.

SCOTT, S. E.; GRUNFIELD, E. A.; MCGURIK, M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 34, n. 5, p. 337-343, Oct. 2006.

SLAVOVA-AZMANOVA, N. *et al.* How communication between cancer patients and their specialists affect the quality and cost of cancer care. **Support. Care Cancer**, v. 27, p. 4575-4585, Mar. 2019.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 6, p. 1795-1803, jun. 2015.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

THOMSEN, D. K. *et al.* Breast cancer patients' narratives about positive and negative communication experiences. **Acta Oncol.**, Stockolm, v. 46, n. 7, p. 900-908, July 2009.

VARGAS, K. F. *et al.* Formação humanizada em Odontologia: um olhar diferenciado para a subjetividade. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 33-43, mar. 2020.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento e acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, abr. 2019.

Yin, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman 2010.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados obtidos neste estudo, é possível concluir a importância do papel do cirurgião-dentista no cuidado do câncer bucal, desde o momento do acolhimento, da comunicação do diagnóstico ao acompanhamento do tratamento.

O acolhimento de um paciente com câncer bucal exige muita conversa, agilidade e disponibilidade ao paciente. Ao comunicar o diagnóstico de um câncer bucal, os cirurgiões-dentistas afirmam não perder a sensibilidade com os anos de profissão e que sentem a dor do paciente.

Os profissionais relatam estar em constante desenvolvimento de suas competências de humanização. Ao considerar a comunicação como uma das competências que o profissional deve apresentar e o fato de que não ocorre o seu ensino formal, pode ser apontado como uma falha no ensino.

A elaboração deste estudo foi de extrema importância para a minha formação acadêmica e pessoal também. A vivência no estágio da Atenção Básica e a interação com os cirurgiões-dentistas estomatologistas, assim como o estudo na literatura sobre o cuidado do câncer bucal me transformaram, me amadureceram e me aperfeiçoaram como acadêmica da área da saúde. Compreender o "humano" nas relações sempre foi de grande importância para mim, por isso não poderia ter escolhido um tema mais condizente com a minha identidade.

## REFERÊNCIAS

- AL-MOBEERIEK, A. Dentist-patient communication as perceived by patients in Riyadh, Saudi Arabia. **Int J Occup Med Environ Health**, Shiraz, v. 25, n. 1, p. 89-96, Mar. 2012.
- ALBUQUERQUE, A. Patient Ombudsman: rights in health care. **Rev Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 326-332, Dec. 2018.
- ANDRADE, F. P.; ANTUNES, J. L. F.; DURAZZO, M. D. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 290-296, Dec. 2006.
- ARMENDANE, G. D. Por um cuidado respeitoso. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 343-349, jul. 2018.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 115-123.
- AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. **L'Homme**, Paris, v. 26, n. 1-2, p. 81-90, Jan.-Jun. 1986.
- BARROS, G. I. S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. **Rev enferm**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4273-4281, Nov. 2017.
- BIAZEVIC, M. G. H. *et al.* Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. **J. Appl. Oral Sci.**, Bauru, v. 18, n. 3, p. 279-284, June 2010.
- BILODEAU, K.; TREMBLAY, D. How oncology teams can be patient-centred? Opportunities for theoretical improvement through an empirical examination. **Health expect.**, Oxford, v. 22, n. 2, p. 235-244, Apr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010**. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de boca 2020**. Brasília, DF, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. Brasília, DF, 2020b.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO 2002. **Resolução nº CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Diário Oficial da União, 4 de março de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em 04 nov. 2019.

CUNHA, A. R. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. **J Bras Tele.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 66-74, jun. 2013.

CUNHA, A. R., PRASS T. S., HUGO F. N. Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: Tendências por estratos sociodemográficos. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2020.

FREITAS, S. F. T., CALVO, M. C. M., LACERDA, J. T. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, jul./out. 2012.

FUNK, C. S., WARMLING C. M., BALDISSEROTTO J. A randomized clinical trial to evaluate the impact of a dental care program in the quality of life of head and neck cancer patients. **Clin Oral Investig.**, Berlin, v. 18, n. 4, p. 1213-1219, May 2014.

GEOVANINI, F.; Braz, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, dez. 2013.

GORTER, R. C.; EIJKMAN, A. J. Communication skills training courses in dental education. **Eur J Dent Educ.**, Copenhagen, v. 1, n. 3, p. 143-147, Aug. 1997.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-34, maio 2005.

HA, J.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: A review. **Ochsner J.**, Easton, v. 10, n. 1, p. 38-41, Apr. 2010.

HOLT, V.; McHUGH, K. Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice. **Br. Dent J.**, London, v. 183, n. 10, p. 365-370, Nov. 1997.

JUSTINO, E. T. *et al.* A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 41-46, mar. 2014.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatric**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LICHTENSTEIN, N. V. *et al.* Does teaching social and communicative competences influence dental students' attitudes towards learning communication skills? A comparison between two dental schools in Germany. **GMS J Med Educ.**, Erlangen, v. 38, n. 2, May 2018.

LOMBARDO, E. M. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1223-1232, abr. 2014.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.14-30.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. A review of patient satisfaction:2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. **Br. Dent. J.**, London, v. 186, n. 4, p. 166-170, Feb. 1999.

MORO, J. S. *et al.* Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 1-5, May 2018.

NORO, L. R. A. *et al.* The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1579-1587, May 2017.

NOWAK, M. J.; BUCHANAN, H.; ASIMAKIPOULOU, K. "You have to treat the person, not the mouth": UK dentist's perceptions of communications in patient consultations. **Psychol Health Med**, Abingdon, v. 23, n. 6, Apr. 2018.

OLESEN, F.; HANSEN, R. P.; VEDSTED, P. Delay in diagnosis: the experience in Denmark. **Br J Cancer**, London, v. 101, p. 5-8, Dec. 2009.

OLIVEIRA, R. A. A.; ZAGO, M. M. F.; THORNE, S. E. Interaction between professionals and cancer survivors in the context of Brazilian and Canadian care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, Dec. 2017.

ONIZAWA, K. *et al.* Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 39, n. 8, p. 781-789, Dec. 2005.

OREAMUNO, Y. V. B. Carcinoma oral de células escamosas diagnosticado precocemente: Reporte de caso y revisión de literatura. **Odovtos**, San José, v. 19, n. 1, p. 43-50, Apr. 2017.

PARAGUASSU, E. C. *et al.* Systematic review of the epidemiology of oral cancer in Brazil. **Int J for Innov Educ Res.**, Dhaka, v. 7, n. 4, p. 366-374, Apr. 2019.

PAUL, C. *et al.* Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey. **Eur J Cancer Care.**, London, v. 21, n. 3, p. 321-329, May 2012.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, Set. 2011.

POLIKANDRIOTI, M. *et al.* Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy. **HSJ**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 167-172, 2008.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, 264 p.

RIBEIRO, I. L. A. *et al.* Predictors for oral cancer in Brazil. **Rev Odontol UNESP**, João Pessoa, v. 46, n. 6, p. 325-329, Dec. 2017.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, jul. 2018.

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.**, Stockholm, v. 22, n. 1, p. 40-47, Mar. 2008.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 593-607, dez. 2015.

SCOTT, S. E.; GRUNFIELD, E. A.; MCGURIK, M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 34, n. 5, p. 337-343, Oct. 2006.

SCOTT, S. E.; GRUNFIELD, E. A.; MCGURIK, M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 41, n. 4, p. 396-403, Apr. 2005.

SETTE-DE-SOUZA, P. H. *et al.* Competências gerais e habilidades específicas: a realidade do ciclo básico. **Rev. ABENO**. Brasília, v. 15, n. 1, p. 38-47, jan./jun. 2015.

THOMSEN, D. K. *et al.* Breast cancer patients' narratives about positive and negative communication experiences. **Acta Oncol.**, Stockolm, v. 46, n. 7, p. 900-908, July 2009.

VARGAS, K. F. *et al.* Formação humanizada em Odontologia: um olhar diferenciado para a subjetividade. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 33-43, mar. 2020.

Yin, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman 2010.

**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
<b>1.Sexo:</b>	(1) masculino (2) feminino
<b>2.Mês/Ano de nascimento:</b>	____/____
<b>4. Cidade de Origem</b>	
<b>5. Estado de Origem</b>	
<b>6. Profissão/Ocupação:</b>	

<b>Bloco II</b>	<b>PERCURSO FORMATIVO</b>
-----------------	---------------------------

<b>1.Graduação:</b>	Nome do curso:
	Ano de conclusão:
<b>2.Especialização</b>	Nome do curso:
	( )Concluído ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.
<b>3.Residência</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.
<b>4.Mestrado</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.
<b>5.Doutorado</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.
<b>6.Outros cursos</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.
<b>7.Outros cursos</b>	Nome do curso:
	( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

<b>Bloco III</b>	<b>PERCURSO PROFISSIONAL</b>
<b>1.Trabalho atual</b>	
<b>Local de trabalho/Cidade</b>	
<b>Ano de ingresso na instituição</b>	
<b>Forma de ingresso</b>	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
<b>Tipo de vínculo de trabalho</b>	(1) Servidor público estatutário (2) Estagiário ou Residente (3) Empregado - CLT (4) Outro(s): _____
<b>2.Experiências anteriores</b>	
<b>Local de trabalho</b>	
<b>Período do vínculo</b>	_____ meses ou _____ anos
<b>Forma de ingresso</b>	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) _____ Outra _____ forma: _____

<b>Tipo de vínculo</b>	(1) Servidor público estatutário (2) Cargo comissionado (3) Contrato temporário por prestação de serviço (4) Empregado público CLT (5) Outro(s):
<b>3.Experiências anteriores</b>	
<b>Local de trabalho</b>	
<b>Período do vínculo</b>	_____ meses ou _____ anos
<b>Forma de ingresso</b>	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
<b>Tipo de vínculo</b>	(1) Servidor público estatutário (2) Cargo comissionado (3) Contrato temporário por prestação de serviço (4) Empregado público CLT (5) Outro(s):

## PARTE 2 - 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 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 HUMANO

### CIRURGIÃO-DENTISTA

Você está sendo convidado(a) 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**. 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 de modo online na plataforma oficial da UFRGS da Mconf, contendo algumas perguntas abertas sobre processos de cuidado e tratamento de câncer bucal que você participou: acolhimento e produção do vínculo, a comunicação do diagnóstico, o plano terapêutico e a competência profissional de humanização. Você não precisa identificar seu nome na entrevista. As respostas serão gravadas por meio de vídeo, transcritas e analisadas, mas a imagem não será utilizada e nem divulgada. 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 envolvidos com a sua participação nesta pesquisa são mínimos, no entanto, você pode eventualmente sentir-se desconfortável ou constrangido com as perguntas realizadas, caso isso ocorra você pode interromper a entrevista a qualquer momento e desistir da participação, assim como há 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 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da SMS, no telefone 0XX(51)32895517. 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 indicado.

Caso concorde em participar, clique na opção “Concordo em participar da pesquisa)

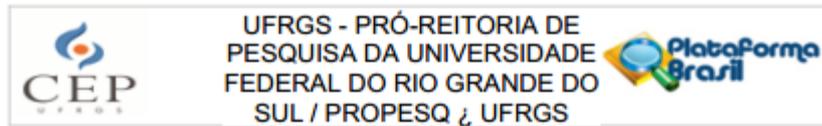
( ) Concordo em participar da pesquisa

( ) Não concordo em participar da pesquisa

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFRGS



### 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 Warmling

**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 Warmling da Faculdade de Odontologia.

#### Objetivo da Pesquisa:

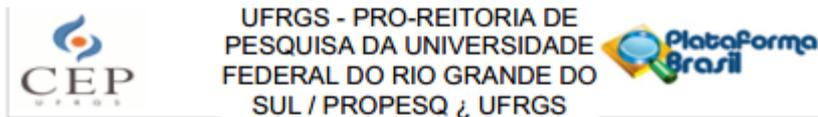
**Objetivo Primário:**

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



Continuação do Parecer: 3.835.333

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 desistentes. 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 Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



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



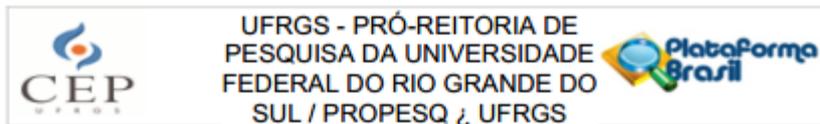
Continuação do Parecer: 3.835.333

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.

Critérios de inclusão:

- (1) Atuar como cirurgião-dentista na atenção primária e na atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS;
- (2) Ser estudante de odontologia e que tenha participado do atendimento aos pacientes oncológicos em Porto Alegre/RS;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.635.333

(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

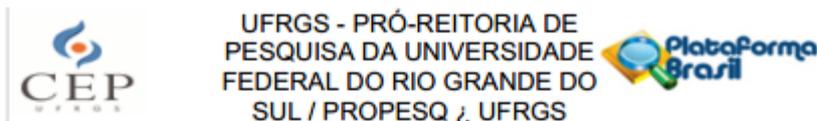
As pesquisadoras afirmam que :

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: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.835.333

**- 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.

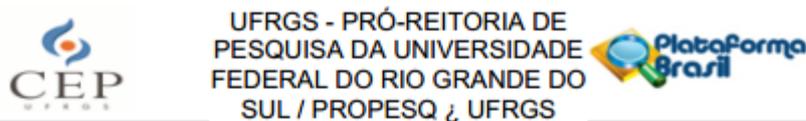
**Considerações Finais a critério do CEP:**

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_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 SIMOES 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: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.835.333

/ 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	folhaderosto.pdf	17/10/2019 22:43:24	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Outros	termodecompromissodeutilizacaoedivulgacaodosdados.pdf	03/10/2019 20:16:13	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Outros	AutorizadoDGAPS.pdf	03/10/2019 20:12:59	JULIANA ROSA SIMÕES LOPES	Aceito
Parecer Anterior	Parecercompesq.pdf	01/10/2019 16:14:43	Cristine Maria Warmling	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: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMSPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### 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 Warmling

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 23752919.0.3001.5338

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.160.332

#### Apresentação do Projeto:

##### TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIA

Trata-se de um projeto de conclusão de curso com coparticipação da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, coordenado pela Prof. Cristine Maria Warmling da Faculdade de Odontologia da UFRGS, que constará com a participação da aluna Juliana Rosa Simões Lopes. Propõe um projeto de método estudo de caso do tipo único ou holístico.

A pesquisadora refere "O panorama epidemiológico brasileiro da atualidade que envolve o câncer bucal ainda é grave e apresenta alta taxa de incidência da doença (...). Porém, a taxa de incidência demonstra estar sendo controlada (...). Argumenta-se que o controle da incidência se deve ao aumento e organização e do acesso aos serviços. Este contexto conduz à seguinte questão: Qual o papel e competências humanísticas possui e desenvolve o cirurgião-dentista no cuidado do paciente com câncer bucal? Metodologia: Estudo de caso do tipo holístico de natureza qualitativa. O cenário do estudo será a rede de instituições e serviços de atenção primária e secundária de saúde bucal do SUS do município de Porto Alegre em que se realiza o cuidado do câncer bucal. Serão convidados a participar da pesquisa cirurgiões dentistas da atenção primária e secundária do município. Estudantes de odontologia também participarão, assim como pacientes em tratamento de câncer bucal finalizado ou em andamento. Para a produção dos dados serão realizadas entrevistas aprofundadas com duração de quarenta minutos a uma hora, gravadas e transcritas. Também será

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.100.332

aplicado um questionário estruturado para levantar dados socioeconômicos. As combinações para o planejamento das entrevistas serão realizadas por meio do contato telefônico ou por e-mail dos pesquisadores com as coordenações dos serviços dos participantes da pesquisa. Com o intuito de minimizar deslocamentos as entrevistas poderão ser realizadas nos próprios locais de atendimento de saúde bucal da atenção primária e secundária. A definição da amostra seguirá o critério da saturação teórica. A análise será realizada com base na análise textual do discurso. Resultados esperados: Espera-se uma compreensão sobre o modo como o cirurgião-dentista assume a coordenação do cuidado e a gestão da clínica considerando o itinerário terapêutico percorrido pelo paciente na rede de serviços de saúde do SUS e as realidades de vida sociais e familiares dos pacientes."

É referido como Hipótese: "Ainda é incipiente o papel do cirurgião-dentista na construção e coordenação do percurso do cuidado em um sistema que se organiza em rede e exige o diálogo entre as diferentes complexidades dos serviços na busca da cura do câncer bucal."

A pesquisadora considera como critério de inclusão: "1. Atuar como cirurgião-dentista na atenção primária e na atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. 2. Ser estudante de odontologia e que tenha participado do atendimento aos pacientes oncológicos em Porto Alegre/RS. 3. Pessoas com tratamento de câncer bucal finalizado ou em andamento no SUS em Porto Alegre/RS".

#### Objetivo da Pesquisa:

É referido como 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". Como objetivos secundários são citados: "1. Estudar o processo de acolhimento em relação à produção do vínculo no cuidado do câncer bucal. 2. Compreender como o processo de comunicação diagnóstica realizado pelo cirurgião-dentista contribui na adesão e na construção do projeto terapêutico. 3. Compreender como a autonomia, a corresponsabilização e a decisão compartilhada são abordadas na produção do projeto terapêutico singular para o cuidado do câncer bucal. 4. Compreender como os itinerários nas redes de saúde bucal são produzidos no cuidado ao câncer bucal."

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora refere como 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 desistentes. Além disso, para minimizar desconfortos, será garantido local

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 4.160.332

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." Quanto aos benefícios, a autora acrescenta: "espera-se ampliar a compreensão sobre o cuidado do câncer bucal e o papel do cirurgião-dentista desde o primeiro contato com o paciente e a criação do vínculo, comunicação do diagnóstico até a continuidade ao tratamento. Espera-se assim contribuir para uma atenção em saúde mais humanizada beneficiando o serviço e o profissionais, os estudantes de odontologia e pacientes com câncer bucal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- a. Título: O ITINERÁRIO DO CUIDADO DO CÂNCER BUCAL NA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS
- b. Pesquisador responsável: Cristine Maria Warming
- c. Assistente de pesquisa: JULIANA ROSA SIMÕES LOPES
- d. Nível da pesquisa: graduação
- e. Instituição: UFRGS
- f. Curso: Odontologia
- g. Local de realização do estudo: serviços de atenção primária e secundária de saúde bucal do SUS do município de Porto Alegre em que se realiza o cuidado do câncer bucal.
- h. Duração do estudo: um ano e dois meses
- i. Número de sujeitos da pesquisa: 75
- j. Data prevista para conclusão do estudo: 31/12/2020

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a. TCLE: Quanto a redação dos termos: o texto parece claro e objetivo. Acrescenta informações sobre tempo de entrevista, bem como ausência de prejuízo financeiro para o entrevistado. Apresentam todos os elementos necessários e os dados do CEP da PMPA;
- b. Formulário de projeto de pesquisa;
- c. Termo de ciência e autorização da coordenação; assinado pela diretoria geral de atenção primária em saúde (DGAPS), em 08/2019.
- d. Termo de compromisso de utilização e divulgação dos dados, assinado pelo pesquisador responsável;
- e. Outros documentos apresentados:
  - Outros pendencias.pdf
  - Parecer Anterior Parecercompesq.pdf
  - Outros Autorizado DGAPS.pdf

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.100.332

-Projeto Detalhado PROJETO.pdf  
 -TCLEATUALIZADO.pdf  
 -Informações Básicas do Projeto  
 -Outros pendencias.pdf  
 -Folha de Rosto folhaDeRost.pdf  
 -Parecer Anterior Parecercompesq.pdf  
 -Comprovante de Recepção PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1510813.pdf  
 -PendenciasCEPPMPA.pdf

**Recomendações:**

Recomendamos que a pesquisa atenda às recomendações da carta do CONEP, publicada pelo Ministério da Saúde (ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)) em 09 de maio de 2020, considerando especialmente as etapas presenciais do estudo.

Destacamos os seguintes apontamentos:

- "Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa."
- "Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho."
- "Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O parecer 4.084.414 mencionou 2 pendências não atendidas no parecer 3.935.589

1) Quanto à pendência: "Quanto aos benefícios do projeto: solicita-se também que se esclareça de que forma será realizada a devolutiva dos dados aos serviços, estudantes e usuários envolvidos na pesquisa, tendo em vista às referências dos pesquisadores sobre "Espera-se contribuir para uma atenção em saúde mais humanizada." quando citados os benefícios do projeto. Conforme a

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.165.332

resolução 466/12, "III.1 - A eticidade da pesquisa implica em: assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto". A pesquisadora informa "Em relação aos benefícios, espera-se ampliar a compreensão sobre o cuidado do câncer bucal e o papel do cirurgião-dentista desde o itinerário da pessoa com câncer bucal durante o seu tratamento, com ênfase na avaliação do impacto do processo de acolhimento com a criação do vínculo ao momento da comunicação diagnóstica junto a produção do projeto terapêutico para a continuidade ao tratamento. Espera-se assim contribuir para uma atenção em saúde mais humanizada beneficiando o serviço e os profissionais, os estudantes de odontologia e os usuários com câncer bucal.", embora não esclareça a forma como o serviço e os usuários receberão a devolutiva dos dados coletados. Sugere-se que seja descrito alguma forma de retorno aos participantes interessados, como devolução em reuniões da US, de colegiado ou capacitação online, se houver interessados.

Resposta: Aos participantes envolvidos na pesquisa que tenham interesse nos dados coletados serão realizadas reuniões nas Unidades de Saúde com o intuito de compartilhar e devolver aos envolvidos o conhecimento adquirido com as informações coletadas." Alteração realizada na página 20 no terceiro parágrafo do subtítulo 5.

Considerações éticas.

Avaliação: pendência atendida.

2) Quanto à pendência: "Quando ao contato com os participantes de pesquisa: não é eticamente adequado que a coordenação do serviço indique o participante pela sua condição de saúde, uma vez que as informações do prontuário pertencem aos usuários. Solicita-se que os pesquisadores apresentem uma forma alternativa de busca dos pesquisados, como cartazes de divulgação, abordagem na unidade de saúde, entre outras a critério do pesquisador.". A pesquisadora esclarece: "As combinações para o planejamento das entrevistas será realizada por meio do contato telefônico ou por e-mail dos pesquisadores com os profissionais e os estudantes. Já em relação aos usuários serão distribuídos cartazes de divulgação, de modo que os interessados que se encaixam no perfil da pesquisa entrem em contato com as pesquisadoras por e-mail ou através de contato telefônico e abordagem nas unidades de saúde, uma vez que a coordenação do serviço não deve divulgar informações a cerca da situação de saúde dos usuários.". Os estudantes e profissionais podem ser contatados por telefone ou email desde que consintam previamente em disponibilizar seus contatos junto a sua Gerência Distrital e/ou área técnica.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cap\_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.160.332

Resposta: As combinações para o planejamento das entrevistas será realizada por meio do contato telefônico ou por e-mail dos pesquisadores com os profissionais e os estudantes desde que consentam previamente em disponibilizar seus contatos junto a sua Gerência Distrital e/ou área técnica. Alteração realizada no segundo parágrafo do subtítulo 4.3. Produção e Análise de dados na página 18 e continuação na página 19.

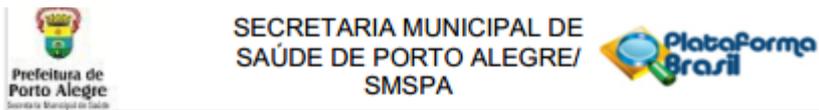
**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes de seu início. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1510813.pdf	13/06/2020 16:31:45		Aceito
Outros	pendenciasCEP.pdf	13/06/2020 16:30:59	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	13/06/2020 16:29:47	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATUALIZADO.pdf	02/06/2020 11:30:07	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/02/2020 12:56:09	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOJULIANA.pdf	03/02/2020 12:54:48	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
Outros	pendencias.pdf	01/12/2019 22:34:38	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
Outros	termodecompromissodeutilizacaoedivulgacaodosdados.pdf	03/10/2019 20:16:13	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
Outros	AutorizadoDGAPS.pdf	03/10/2019 20:12:59	JULIANA ROSA SIMOES LOPES	Aceito
Parecer Anterior	Parecercompesq.pdf	01/10/2019 16:14:43	Cristine Maria Warmling	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.160.332

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Julho de 2020

---

**Assinado por:**  
Alexandre Luis da Silva Ritter  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-3453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com