

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Andressa Satie Yuzawa Goulart

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO
CABEÇA E PESCOÇO FRENTE AO PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA**

**Santa Maria, RS.
2016**

Andressa Satie Yuzawa Goulart

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO CABEÇA E
PESCOÇO FRENTE AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.**

Orientadora: Jucelaine Arend Birrer

**Santa Maria, RS
2016.**

Andressa Yuzawa Goulart

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO CABEÇA E
PESCOÇO FRENTE AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Gestão e Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.

Aprovado em de

Jucelaine Arend Birrer (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Aliende Lengler Abentroth, Esp. (UFSM)

Marcia Penna, Esp. (UFSM)

Tainá Kruger, Esp. (UFSM)

**Santa Maria, RS
2016**

Dedico este trabalho ao meu Pai que tanto amo e que seu apoio é constante em minha vida, e a Nina, minha segunda mãe que merece todo meu carinho e consideração.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela saúde até aqui, permitindo-me atuar no que gosto com toda dedicação.

Agradeço ao meu Pai, que sem dúvidas é a pessoa mais importante na minha vida e que nunca mediu esforços para que eu alcançasse meus objetivos, obrigada pelo seu apoio constante.

Especialmente às minhas colegas no primeiro ano de residência que tornaram-se grandes amigas, Bruna, Gabriela, Mariane, Martina e Milena, agradeço pelos momentos compartilhados e pelo vínculo que criamos que se estende até agora.

Um agradecimento especial a Dani e a Nina que pagaram o boleto da prova da residência que eu havia esquecido! Sem essa ajuda de vocês eu não estaria concluindo esta etapa hoje.

À minha orientadora Jucelaine pela paciência e atenção dedicados a cada parte desse trabalho. Meu muito obrigada.

Às minhas colegas deste trabalho: Deise, Vanessa e Karin pelas colaborações e vivências neste processo.

À minha psicóloga R1 Nagele, que além de trocas profissionais compartilhamos momentos de risadas, angústias e longas conversas tornando o ambiente de trabalho mais leve e agradável. Sentirei saudades!

Agradeço pelo auxílio na busca por alguns artigos à minha colega enfermeira Pamela. Grata pela ajuda!

Meu muito obrigada a todos que me acompanharam nestes dois anos de grande aprendizado, compartilhando minhas histórias de momentos alegres e outros nem tanto!

RESUMO

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO CABEÇA E PESCOÇO FRENTE AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

AUTORA: Andressa Satie Yuzawa Goulart
ORIENTADORA: Jucelaine Arend Birrer

Este estudo objetiva analisar a percepção dos usuários frente ao processo saúde-doença na linha de cuidado cabeça e pescoço. Refere-se a uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo realizado com 15 usuários em pós-tratamento cirúrgico de câncer de cabeça e pescoço no Hospital Universitário de Santa Maria-RS, com base na entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, empregou-se o método de análise de conteúdo proposto por Minayo (2015) a partir dos seguintes eixos temáticos elencadas a priori: acolhimento, educação em saúde, contrarreferência e aspectos psicológicos no processo saúde-doença. Verificou-se que o acolhimento é realizado pela maioria dos profissionais envolvidos no contexto hospitalar, estabelecendo um vínculo positivo entre equipe e usuário, tratando-se de uma abordagem preconizada pela Política de Humanização do Ministério da Saúde complementação para o tratamento integral do paciente que se encontra em ambiente hospitalar. Em relação à educação em saúde, as orientações pré-operatórias realizadas reduzem a ansiedade e o nervosismo dos usuários e acompanhantes diminuindo as fantasias criadas acerca do processo cirúrgico. Os usuários não buscam sua unidade básica de referência devido ao vínculo já estabelecido com a alta complexidade – hospital, essa falta de busca ativa por parte desses influencia na não efetividade do contrarreferenciamento. A falta de recursos materiais para realização de curativos também contribui de forma significativa para que a contrarreferência não ocorra entre hospital e unidade básica de saúde. Os pacientes enfrentam o processo saúde-doença a partir dos seus mecanismos de defesa psíquicos que auxiliam na elaboração de resiliência, apoiando-se em alguns recursos externos como família, religião, e ampla rede social de forma a enfrentar o processo saúde-doença.

Palavras-chave: acolhimento, educação em saúde, impacto do diagnóstico.

ABSTRACT

Perception of patients about care of head and neck in process of health-disease

AUTHOR: Andressa Satie Yuzawa Goulart

ADVISER: Jucelaine Arend Birrer

This study did analyze the perception about process of health-disease in care of head and neck. A semi-structured interview was conducted at University Hospital of Santa Maria-RS to describe the surgical aftertreatment of 15 victims of cancer in head and neck. Data were analyzed according to Minayo (2015) following these themes: reception, health education and counter-psychological aspects in the health-disease. A hearty treatment was observed between staff and patients, which attend to the Humanization Policy of the Ministry of Health. Regarding health education, pre-operative instructions reduce anxiety and nervousness of patients and caregivers, decreasing the fantasies created about the surgical process. The counter-process does not occur efficiently and effectively by some professionals because the patients do not seek their health center due to the bond they already established with the hospital. The lack of material resources to perform curative also contributes significantly to have not a counter-process between hospital and primary care unit. Patients face the process of health-disease from their psychological defense mechanisms, which assist in the development of resilience, rely on some external resources such as family, religion, and wide social network in order to meet the health-disease process.

LISTAS DE APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

No Brasil com os avanços tecnológicos e da ciência houve um aumento da expectativa de vida, o que conseqüentemente acarretou em mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e de morbimortalidade da população (INCA, 2014). Destacam-se nesse perfil as doenças crônicas, dentre elas o câncer de cabeça e pescoço que é o quinto tipo de câncer mais comum, aumentado de forma assustadora nos últimos anos (GALBIATTI et al, 2013).

Para os autores, um dos principais fatores de risco para o surgimento deste tipo de câncer além da predisposição genética refere-se ao tabagismo correlacionado com a intensidade e duração do hábito de fumar. Salientam que a cessação do tabagismo protege contra o desenvolvimento de um dos tipos de câncer desta região considerada mais predominante que se chama Carcinoma Espinocelular – CEC, sendo que 90% deles se referem a este tipo.

Estudos recentes apontam que o surgimento do HPV também pode ser um dos fatores de risco para este tipo de câncer independente de outros fatores associados (GALBIATTI et al, 2013).

As formas de tratamento dos cânceres nessa região, seja ela cirúrgica, quimioterápica ou radioterápica tendem a serem mutiladoras para os pacientes, uma vez que são tumores visíveis, em uma região em destaque, contribuindo para uma nova forma de aparência física que antes não era reconhecido por este usuário.

Para Freud (1895) um dos principais autores da psicanálise, o corpo é uma das fontes principais do sofrimento humano. Ou seja, o surgimento de uma doença orgânica pode coincidir com o advento de uma grande angústia, não ainda mensurável pelo sujeito de forma consciente, tornando-se irrepresentável pela linguagem.

Diante do câncer, o sujeito se depara com o corpo adoecido que o faz sofrer, e ao ser submetido à cirurgia nesta região acaba por reconfigurar a imagem que antes tinha de si próprio, onde este não se reconhece mais a partir deste momento. Ou seja, o corpo refletido não é aquele com o qual o sujeito se identifica, mas uma imagem não aceita pelo narcisismo, sem representação ou registro para o eu.

Para Chem, Castro e Silva (2012) a autoimagem configura-se de uma representação cognitiva e emocional do corpo aprendida pelo sujeito e vai sendo formada diante da realidade corporal, de como o corpo se apresenta e do ideal de corpo para cada um. As consequências psicológicas quando ocorrem incapacidade física ou perda de parte do corpo como a imagem antes definida de si manifestam-se no dia a dia dos sujeitos afetados, variando as respostas emocionais de acordo com cada um de forma muito subjetiva e singular.

Em muitos casos, um grau de isolamento social por parte deste sujeito ocorre, uma vez que o olhar se torna fator fundamental e estruturante da relação com o mundo. Nos sujeitos submetidos a cirurgias de cabeça e pescoço, a face em especial, simboliza o indivíduo e o diferencia dos demais, sendo o foco de atenção na interação com o outro. Se este não está emocionalmente estável e com ego fortalecido para receber olhares diferenciados que antes não obtinha ocorre o isolamento de forma gradativa.

Nestes casos um acompanhamento psicológico se torna fundamental, para que possa enfrentar a nova realidade de saúde de maneira menos traumática, com o intuito de gerar menos sofrimento. Familiares e uma rede de apoio também se tornam relevantes neste acompanhamento de psicoterapia para que possam manejar da forma mais adequada esta nova fase de luto da imagem e saúde que se tinha, buscando a aceitação do novo que se têm.

Devido tal complexidade que essa doença apresenta e consequências que advém dela, os pacientes acometidos com este tipo de câncer exigem do profissional da saúde um cuidado integral e diferenciado. Dessa forma, faz-se importante e necessário um atendimento com equipe multiprofissional abrangendo sempre que possíveis todos os cuidados e demandas exigidas de acordo com cada usuário e situação apresentada.

A psicologia, por sua vez, dentro de uma equipe multiprofissional pode auxiliar tanto o paciente portador deste tipo de câncer quanto familiares e/ou cuidadores com a finalidade de amenizar a ansiedade e desfazer fantasias acerca do diagnóstico e possíveis formas de tratamento. O papel do psicólogo neste contexto é de tornar a passagem pelo hospital para este sujeito menos traumático possível, de forma a valorizar os mecanismos de defesa deste e ajudá-lo a enfrentar esta fase.

A atuação do cirurgião-dentista neste contexto compreende a realização de avaliações e tratamento odontológico antes de cirurgias eletivas, radioterapia e quimioterapia em região de cabeça e pescoço. No Brasil, a Odontologia Hospitalar foi legitimada em 2004 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2012 foi aprovado o Projeto de Lei 2.776/08, com a intenção de tornar obrigatória a presença do dentista nas equipes multiprofissionais hospitalares e nas UTIs (MEIRA et al.; 2010). A Lei ainda não foi aprovada, sendo assim a atividade obrigatória do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar não é uma realidade em grande parte dos hospitais brasileiros.

Enquanto que o nutricionista contribuiu para a prevenção, recuperação e reabilitação do usuário através da prescrição nutricional adequada, evitando quadros de desnutrição durante o tratamento, atividades de educação nutricional como orientações para alimentação saudável, alimentação para diabéticos e hipertensos e adequação de consistência conforme aceitação e via alimentar. Para usuários com dificuldades e pouca aceitação alimentar via oral, este profissional possui a competência de prescrever suplementos via oral para aumentar e garantir o aporte calórico necessário, e se assim não for suficiente indicar o uso de via alternativa de alimentação.

O enfermeiro, auxilia na equipe multiprofissional por meio do cuidado visando a reabilitação e independência deste usuário o mais brevemente possível. Este profissional é uma figura nuclear da equipe de saúde, centralizando o cuidado, responsabilizando-se e colocando-se como suporte para informações, cuidados técnico-assistenciais, articulando as exigências do usuário de acordo com suas necessidades e promovendo a interação com os demais núcleos profissionais.

O fisioterapeuta, por sua vez, participa desse processo principalmente no que tange a reabilitação, exercitando funções motoras e principalmente a parte respiratória a qual é extremamente afetada.

A fonoaudiologia possui uma grande importância na atuação com os portadores desse tipo de câncer para reabilitar as funções do sistema estomatognático como mastigação, fala, deglutição, sucção, visto que são áreas fonoarticulatórias alteradas e necessárias para estas funções. É importante que o fonoaudiólogo discuta juntamente com a equipe qual

modalidade terapêutica será preconizada, para que seja possível realizar uma avaliação adequada e traçar o plano terapêutico, tendo em vista a adequação de funções e estruturas comprometidas.

Santos (2015) relata que a atuação fonoaudiológica em ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço também é de extrema relevância para a triagem e acompanhamento nas fases pré-cirúrgica ou pré-radioterápica realizando as avaliações de deglutição e demais funções que julgarem-se necessárias.

Para que haja um cuidado resolutivo, eficaz e que aborde esta população como um todo de acordo com as demandas apresentadas, fez-se necessário a continuidade de um trabalho que iniciou no ano de 2012 pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) na construção de um roteiro de orientação para efetivar e agilizar o fluxo destes pacientes na linha de cuidado de cabeça e pescoço principalmente no que compreende ao período Perioperatório.

A criação deste roteiro justifica-se pela necessidade e importância em facilitar e auxiliar o fluxo e andamento dos usuários da linha de cuidado de cabeça e pescoço ao chegarem ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), para que os mesmos quando submetidos a procedimentos cirúrgicos e tratamentos como quimioterapia e radioterapia estejam vinculados à equipe de referência e com demandas emergentes resolvidas, bem como os encaminhamentos necessários para a agilizar a assistência.

Diante disso o objetivo deste estudo é analisar a percepção dos usuários frente ao processo saúde-doença na linha de cuidado da cabeça pescoço.

METODOLOGIA

O atual trabalho origina-se de um recorte integrante do projeto de pesquisa matriz intitulado: “Regulação do fluxo assistencial a pacientes com câncer de cabeça e pescoço: nó crítico do SUS”, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com início no ano de 2012 com registro de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 06493312.3.0000.5346. (ANEXO A).

Refere-se a uma pesquisa descritiva que segundo Gerhardt; Silveira, (2009) refere-se a um estudo que procura descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. De abordagem qualitativa partindo do contexto subjetivo do indivíduo baseada nas experiências vividas, o que leva em consideração os valores, as crenças, as percepções, os sentimentos e as suposições do indivíduo (ANTONELLO e GODOY, 2011).

Participaram da presente pesquisa usuários pós-cirúrgicos internados na unidade de internação cirúrgica do Hospital Universitário (HUSM) com câncer de cabeça e pescoço no período de janeiro de 2014 a julho de 2015. Foram entrevistados 17 usuários sendo que dois foram excluídos do estudo devido dificuldade de entendimento durante a transcrição do áudio. Dessa forma compuseram o estudo 15 usuários.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) com questões semiabertas. As entrevistas foram realizadas no ambulatório médico de cabeça e pescoço do HUSM nas segundas-feiras e terças-feiras pelo turno da tarde.

As mesmas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com Minayo (2015) com base nas categorias à priori: Acolhimento, Educação em Saúde, Contrarreferência e Aspectos psicológicos no processo saúde-doença.

Como critérios foram inclusos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente, maiores de dezoito (18) anos, não possuíam nenhum prejuízo da capacidade cognitiva comportamental. Foram excluídos os usuários que não atenderam aos critérios de inclusão ou que não aceitaram participar de forma livre e espontânea da pesquisa.

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) sendo que uma via ficou de posse dos pesquisadores e outra do entrevistado.

RESULTADO E DISCUSSÃO

As categorias elencadas a priori: Acolhimento, Educação em Saúde, Contrarreferência e Aspectos psicológicos no processo saúde-doença, surgiram devido à necessidade de observar a percepção dos usuários sobre a importância da trajetória no período que compreende este processo de saúde-doença. E de forma mais detalhada observar de que modo esta nova vivência impacta na subjetividade e na qualidade de vida dos usuários.

ACOLHIMENTO

Na descoberta de um diagnóstico tão temido como o do câncer e de uma possível internação com todo tratamento e procedimentos que envolvem faz-se extremamente necessário que o acolhimento esteja intrínseco no decorrer neste processo saúde-doença. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, receber, atender, admitir. É descrito ainda como ato ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão com algo ou alguém. No relato do U15 percebe-se o sentimento de acolhimento.

...todo mundo reclama do SUS porque é mal atendido, é pura bobagem, besteira, eu nunca fui mal atendido, sempre muito bem...eu fiz amizade com o pessoal ali, amizade mesmo, ali eu confio....

O acolhimento visto como uma postura de escuta pode auxiliar nas respostas e sanar demandas, bem como quando realizados de forma eficaz na criação de vínculos com a equipe de referência, facilita a aderência ao tratamento tornando este usuário mais ativo e engajado no seu processo de recuperação de saúde. Garuze et.al (2014) apontam a ideia de acolhimento como uma tecnologia leve que deve ser usada em todas as práticas de saúde, deixando de se resumir a porta de entrada somente ou a triagem, mas envolvendo todo processo em que este paciente e acompanhantes estão inseridos.

No que se refere ao hospital realizado o estudo, o acolhimento pode ocorrer desde o ambulatório da cabeça e pescoço sendo este o primeiro contato em que este usuário possui com equipe e com sua condição de saúde

antes não conhecida. O relato do U5 elucida a importância de um acolhimento nessa perspectiva.

Me tratavam muito bem... me sinto bem... eu disse lá na minha cidade que aqui era diferente, lá as enfermeiras são tudo louca de cheia. Aqui as enfermeiras boazinhas, e tinha uma que fazia a parte de nutricionista tinha a dos dentes, e a que conversava... não tenho queixa...

Embora não sejam todos os profissionais que utilizam desta tecnologia leve do acolhimento talvez pelo impacto e até certo estranhamento que em um primeiro momento este tipo de câncer pode causar com imagem facial alterada, cirurgias “mutiladoras”. Percebe-se que grande parte dos profissionais que atuam nesta linha de cuidado conseguem de forma eficiente estabelecer um vínculo efetivo ao utilizarem deste dispositivo durante todo tempo de atuação no trabalho, favorecendo ao usuário deste tipo de serviço.

O acolhimento não deve ser entendido como um espaço ou um local, mas uma postura ética do profissional, implicando o compartilhamento de saberes, angústias, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” (BRASIL, 2010). O relato de U2 vem ao encontro desta perspectiva.

Bem, bem recebido... 100%.... Me senti bem à vontade, nunca vi um com cara de brabo, sempre de bem. Eu já disse isso pra eles no andar...

Este compartilhamento de saberes pode ser realizado entre profissional e paciente no intuito de amenizar as angústias e ansiedades que estão em torno do processo saúde-doença e fortalecer cada vez mais estes vínculos. Desta forma, necessita-se ter um cuidado especial por parte dos profissionais ao utilizarem termos acessíveis ao entendimento e compreensão dos pacientes e acompanhantes e que seja feita comunicação de forma amena, clara e humanizada.

Jonas et. al (2015) refere que a revelação de um diagnóstico dessa complexidade é tarefa complexa exigindo determinado preparo e sensibilidade por parte do profissional que a realiza. No relato de U1 a importância de se ter essa sensibilidade no cotidiano de trabalho.

.... Ah, tinha um Doutor, cabelinho assim... ele chegou falando para mim que era bem perigoso que tinha que cortar do lado e não sei o

que... e foi me deixando nervosa... eu nem tinha entrado no quarto ainda ... aquilo ali olha me deixou com medo e não gostei do jeito dele, comentou que era muito grave...

Dentro deste contexto e da linha de cuidado já citada observa-se que de modo geral este acolhimento é realizado por parte de todos profissionais envolvidos. Embora ainda não seja uma forma de atuar por parte de toda a equipe, este modo de acolher os usuários já ocorre a fim de possibilitar a formação de um vínculo positivo com usuário e/ou acompanhantes dos mesmos, o que facilita a passagem destes pelo hospital durante período de internação.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O processo saúde-doença em que estes usuários são acometidos pode ser complexo e conseqüentemente exigir um cuidado amplo e multiprofissional. A utilização de uma abordagem de educação em saúde pode vir a contribuir a respeito da compreensão de doença, ajudando na elaboração deste novo processo.

Para Salci (2013) educação em saúde é entendida como uma transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não, para auxiliar neste processo educativo. Observa-se nos relatos de U15 a importância desse momento.

...é muito importante, porque tu tá sabendo o que vão fazer contigo, porque se não simplesmente tu fica deitado numa cama ali e não sabe o que vão fazer...

As atividades nessa prática de educação em saúde servem para orientar a construção de conhecimentos no que se refere à saúde, como a prevenção de doenças e a promoção de saúde de forma a abranger a participação de todos no contexto de sua vida cotidiana, e não somente as pessoas com maior risco de adoecer.

Para Figueiredo, Neto e Leite (2012) fomentar espaços de troca de conhecimento entre os sujeitos ajuda a estimular a responsabilidade e a autonomia por sua saúde, tornando-os capazes de tomarem suas próprias

decisões, de modo a favorecerem mudanças nas suas condições de saúde. O relato de U17 ilustra esta ideia.

...a minha orientação foi que me disseram que eu podia ficar com esse problema na voz sabe, e que podia voltar mesmo assim... explicaram tudo e eu estava ciente do que eu ia fazer eu e minha filha.... Me disseram se eu queria fazer a cirurgia e eu digo eu quero!
...

O procedimento cirúrgico pode trazer alterações temporárias e/ou permanentes para este usuário, envolvendo a família, trabalho, renda e imagem corporal. Assim, é necessário inserir o paciente em seu cuidado por meio da orientação pré-operatória, sempre respeitando sua cultura, decisões e pensamentos.

Segundo Falkenberg et. al (2014) as práticas em educação em saúde possuem várias formas caracterizando-se por ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida dos sujeitos, colocando-o como o responsável pela sua saúde.

...eu achei bom, porque pelo menos tu vai operar já sabendo que risco vai correr...não é uma coisa fácil assim, mas tu tá sabendo...é melhor saber... (U1)

... foi com vocês mesmo... porque me ajudou dando mais alegria, baixa o nervosismo... (U5)

Os relatos dos entrevistados mostram claramente a importância dessas orientações pré-operatórias e o quanto se sentem mais tranquilos ao receberem tais informações da equipe. De acordo com Santos; Henckmeier; Benedet (2011) estas orientações proporcionam tranquilidade, bem-estar, otimismo, diminuindo então o medo e a ansiedade dos pacientes e familiares diante de tal situação, como observado nos relatos de U6 e U8 respectivamente.

... Deus me livre se não tiver explicação, eu acho que a pessoa não reage, eu pelo menos. Ajuda porque anima, a gente sabe o que vai acontecer... eles explicaram porque são formados e sabem...

... sempre ajuda na questão de tranquilizar a pessoa no assunto, é um incentivo sempre do lado positivo...

Para a realização destas orientações faz-se necessário à presença de uma equipe multiprofissional, ou seja, com a participação de vários núcleos profissionais como fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, enfermeiro, médico, cirurgião dentista entre outros onde cada profissional contribui com seu saber de núcleo e campo.

Marques et.al. (2014) aponta que a atuação multiprofissional consiste em um diálogo com profissionais de áreas distintas permitindo relações interpessoais formando então uma equipe de integração favorecendo na articulação de saberes.

...uma doutora me levou para uma sala, para me dizer tudo como é que era como é que não era, o que podia correr de risco, o que não podia. (U17).

A atuação multiprofissional com foco nas práticas de educação em saúde constitui-se uma prática periódica das atividades dos residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM. Esta abordagem proporciona diversos benefícios, como a possibilidade de formar uma rede de relações entre as pessoas, o que rompe a visão dominante e individualista das especialidades, permitindo manter uma troca de saberes, afetos e vontades, que irá resultar em uma união de diferentes ideias voltadas à promoção da saúde.

CONTRARREFERÊNCIA

A contrarreferência pode ser entendida como uma extensão do cuidado integral ao usuário e conseqüentemente ao seu acompanhante em todo processo que este passou de saúde-doença.

Protasio et. al (2014) trazem que este princípio da integralidade em saúde pode ser traduzido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com cada demanda abrangendo todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

... no posto de saúde? Sim eu ia seguido lá... até me disse pra procurar se precisa lá primeiro... (U6).

Segundo a vivência dos residentes do PRMS, no Hospital Universitário de Santa Maria observa-se a tentativa de realização da contrarreferência na

linha de cuidado da cabeça e pescoço, onde o contato hospital- atenção básica geralmente é realizada pelo profissional da enfermagem. Dessa forma, no momento da alta hospitalar o usuário encontra-se com os encaminhamentos necessários realizados bem como as orientações no que se refere aos cuidados que terá que ter no domicílio e o reforço de que este busque sempre que preciso sua unidade de saúde de referência para que se dê a continuidade ao tratamento.

De acordo com Pontes et al. (2011), ao realizar a referência e contrarreferência quanto melhor estiver a estrutura e melhor for o fluxo entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e resultados. Este processo demonstra que a não efetivação positiva desta rede pode ser considerada uma deficiência significativa no contexto do SUS, comprometendo a qualidade dessa continuidade da assistência prestada. Quando questionados sobre esta busca a unidade de referência os usuários relataram que retornam sempre ao hospital mesmo quando se trata de cuidados básicos como realização de curativos.

...lá na UBS consultar não... só quando precisa da unidade e é para trazer nós, tem o coletivo micro-ônibus, às vezes camionete, conforme precisa vir para o hospital. (U2)

...vou as vezes... quando eu preciso de remédio para gripe daí eu vou lá. (U1)

Percebe-se que a busca pela unidade de referência não diz respeito aos cuidados de saúde e recursos para utilizar este espaço de sequência de um tratamento iniciado na alta complexidade. Um dos motivos desta continuidade de cuidado não ocorrer de forma eficiente deve-se a falta de vínculo entre unidade básica de referência e usuário, portanto, não se instaura uma relação de confiança e proximidade entre estes, dificultando a procura pela equipe da atenção básica que deveria ser de referência. O usuário possui então o hospital como primeiro local a ser buscado sempre que necessitar de algum tipo de cuidado em saúde.

Campos (2007) discute a ideia de que a formação de um vínculo se torna um recurso terapêutico qualificando o trabalho em saúde. Onde para que aconteça de forma positiva depende da busca do usuário de um movimento da equipe na mesma proporção.

... não, até o doutor já me recomendou não deixar ninguém mexer e mexer nisso aqui... Ele disse, ninguém mexe nem em "X" (nome da cidade) nem vai em "Y" (nome da cidade), vem reto aqui que tu já sabe o endereço... (U9).

Outro ponto importante segundo as equipes da unidade básica refere-se a falta de materiais básicos para realização de curativos como gaze, micropore, dispositivos estes necessários aos pacientes cirúrgicos de câncer de cabeça e pescoço. A falta de alguns materiais essenciais para o cuidado aos usuários portadores de feridas como caso de pacientes da cabeça e pescoço, como lâminas de bisturi, coberturas para curativos, interferem diretamente à realização de um cuidado de enfermagem com qualidade e eficiente (SEHNEM et al, 2015). O relato de U17 elucida esta problemática.

...o meu cuidado mesmo é só no hospital, porque lá eles (equipe da unidade de referência) não querem fazer, a minha cirurgia foi feita aqui, dizem que eles não podem fazer nada, não tem como tratar lá... busco aqui mesmo...

Esta recusa no atendimento pode estar ligada a falta de preparo dos profissionais, pois pacientes desta especialidade necessitam de cuidados mais intensos e curativos mais complexos.

A contrarreferência está ligada a trajetória já percorrida deste usuário na rede de atenção, uma vez que os usuários buscam algum serviço de saúde, seja de baixa, média ou alta complexidade o serviço pode atender suas demandas e o anseio por parte dos usuários, caso isto não ocorra torna-se grande, dificultando que este volte para tal serviço (CAMACHO, 2013).

De modo que ainda não ocorre está contrarreferência como se espera devido à falta de estabelecimento de uma rede contínua de cuidado a saúde, os usuários ao necessitarem de algum tipo de atendimento tendem a retornarem ao hospital em que foi realizado procedimento cirúrgico, sendo muitas vezes desnecessário tal deslocamento para procedimentos que poderiam ser sanados na unidade de saúde de referência de cada um.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O câncer é reconhecido pela temeridade da doença e por gerar impactos na vida do paciente e daqueles que o acompanham, sendo uma das doenças mais temidas culturalmente pela sociedade. Como a comunicação é um dos principais instrumentos do cuidado em saúde, principalmente quando é voltada para pacientes que enfrentam um diagnóstico amedrontador como o câncer de cabeça e pescoço, a forma como o médico conduz a revelação deste diagnóstico influencia diretamente na reação e no entendimento sobre o que este usuário realmente tem e como irá ser afetado por aquele agravo a partir daquele momento.

Utilizar de um acolhimento, termos acessíveis, e mostrar as possíveis formas terapêuticas que este terá quanto ao tratamento auxiliará de maneira positiva no enfrentamento da doença.

Karkow et.al (2015) argumentam que a revelação desse diagnóstico de câncer apresenta-se como uma má notícia devido o estigma que esta doença carrega. E a revelação de uma má notícia em saúde acarreta em uma desacomodação social, de bem-estar pessoal e familiar e alterações emocionais em todos envolvidos.

Desta forma, observa-se no relato da U6 de quanto pode ser impactante receber um diagnóstico de câncer.

... eu perdi o chão...me deu uma choradeira, eu não sei explicar... eu me senti mal mesmo... me representava que eu ia morrer sufocada de tanto chorar... é desesperador...perdi todo equilíbrio...

O primeiro impacto ao receber esta notícia tende a ser mais forte e desencadear reações e emoções antes não vivenciadas pelo usuário. De acordo com cada sujeito e seus mecanismos de defesas inconscientes com o passar dos dias este impacto tende a amenizar surgindo outras formas de ver e enfrentar esta situação.

Para Klüber-Ross (1997) estes estágios enfrentados pelos sujeitos diante de uma condição de saúde antes não reconhecida denominados de negação, barganha, raiva, depressão e aceitação necessitam ser respeitados pelas equipes assistentes. São estágios vivenciados com intensidades

diferentes e em tempos distintos de acordo com os mecanismos de defesa e subjetividade de cada sujeito.

Para Klüber-Ross (1997) o estágio da *negação* se caracteriza como sendo um momento em que o paciente recebe a notícia do diagnóstico tendo como frase recorrente: “não, não pode ser verdade, não comigo”. A *barganha*, por sua vez, tem por característica a negociação onde o paciente busca uma possível solução para seu sofrimento. Normalmente esta barganha é feita com Deus ou de acordo com a crença de cada paciente e mantidas em sigilo, nas entrelinhas.

O estágio de revolta, raiva e inconformismo surge quando a negação começa a diminuir. Nesta fase, geralmente os pacientes tendem recusar alguns procedimentos, conversar claramente com médico ou não aceitar a família por perto na internação. Tão logo o paciente enfrenta a negação e vem o estágio da *depressão* que aparece quando não mais se pode negar a existência da doença. E finalmente, a *aceitação* surge com o apoio dos familiares, equipe e ajuda por parte do próprio usuário. Nesta fase há uma compreensão real dos limites e das possibilidades impostas pela doença.

...não, me deu um pouquinho de nervoso, mas não foi muita coisa... a doença ataca um pouco, mas só um pouco né... (U7) – Estágio de Negação da doença.

...não pensei nada... como diz o outro a gente nasce para viver e para morrer... não tinha medo, mas pedi para Deus que não precisasse me levar agora também, fiz promessa mas nem contei lá em casa... (U9) – Estágio da Barganha.

Para que haja uma aceitação de forma consciente e menos dolorosa é inevitável o envolvimento e apoio da família, uma vez que é no seio familiar que o indivíduo inicia suas relações afetivas formando vínculos e internalizando valores. Portanto, a família torna-se a principal instituição social que este ser entra em contato.

Para Capello et. al (2012) o cotidiano do paciente e de seu familiar/acompanhante torna-se alterado desde o momento da revelação do diagnóstico até o fim do tratamento. O apoio e a presença da família junto do ente adoecido são fundamentais e relevantes para que o enfrentamento da doença deixando-o mais fortalecido e amparado.

De acordo com relato do U1 observa-se que ter alguém de confiança neste processo de adoecimento auxilia a enfrentar a hospitalização.

...a ajuda da filha que eu tive bastante, da minha irmã, dos meus outros lá de fora.... olha, quando a gente baixa o hospital ter a família é bem importante, porque ter alguém ali...não estar sozinha... é importante...te encoraja muito a não desistir.

Nesses momentos de fragilidade em que o doente se encontra o acompanhamento da família pode ser positivo ou negativo dependendo do vínculo que este usuário estabelece com quem o assiste. Quando não ocorre uma relação de confiança entre sujeito que adocece e necessita de cuidados e o cuidador, o nervosismo e angústia podem aumentar, contribuindo negativamente para o tratamento.

Para Henriques (2013) é primordial o cuidador tenha o desejo de exercer esse papel de acompanhante e que o mesmo compreenda que o estar junto com o paciente nesse processo de hospitalização gera uma interdependência emocional, onde uma boa relação entre ambos poderá representar uma melhora significativa na hospitalização deste que necessita.

Para U5 esta particularidade é evidenciada com relevância de acordo com o relato.

... Nunca conversei nada sobre isso com ninguém, porque quem me cuidava escondia, era a minha nora, ela é meia danada sabe...não queria me contar que eu tinha esse problema, eu perguntei para o doutor e disse só não me deixa morrer... e não demora muito para me operar. Eu falava com ele, não confio muito nela (nora) sabe e quando me tiraram de lá da minha operação eu já falei coma enfermeira eu disse: cadê meus dentes que era uma chapa... porque capaz da minha nora...vai saber...ficava nervosa com ela lá...

De acordo com o relato, percebe-se que além da importância de se ter apoio dos familiares e mais próximos neste momento de fragilidade, apegar-se a religião, fé e crenças superiores também auxilia na compreensão e entendimento do surgimento dessa doença bem como ajuda na forma de enfrentamento dessa nova condição.

O estabelecimento de um vínculo com Deus, ou crença de cada usuário auxilia nesse enfrentamento da doença de alguma maneira, aumentando a fé

de cada um para que esta passagem pela doença fortalecida e encontre algum sentido, onde cada um vai em busca do seu.

Dessa forma o relato de U17 vem ao encontro com a crença com ser superior, Deus ou que a fé de um modo específico pode ajudar nessa fase.

...eu me agarrei muito com Deus e Jesus... a gente tem que ter fé, porque nosso médico maior está lá em cima, aconselha nossos médicos, e nós também. Pedi também no dia da minha cirurgia quando fui entrar para mesa, pedi em pensamento que Deus iluminasse meus médicos, que fosse tudo bem, graças a Deus.

A forma com que cada sujeito passa por uma doença, como percebe e os meios que obtém e busca para enfrentar um momento de vida frágil, que traga medo e insegurança é muito subjetiva. Varia de acordo com o psiquismo, vivências e mecanismos de cada um. Embora muitos passem pelos mesmos sentimentos e possuam pensamentos muito semelhantes não há fórmula para encarar um sofrimento tão real. O importante é que se busque algo, tornando menos traumático possível e que ajude na elaboração mais consciente e positiva dessa fase e condição antes não reconhecida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos usuários frente ao processo saúde-doença na linha de cuidado da cabeça pescoço. Em relação ao acolhimento realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) este é considerado eficiente por parte da maioria dos usuários entrevistados, onde relataram serem acolhidos por grande parte da equipe, resultando em um vínculo favorável ao usuário e acompanhante, estabelecendo assim confiança nesse momento vulnerável em que se encontram.

As orientações em educação em saúde, realizadas pela equipe multiprofissional foram reconhecidas pela sua eficiência nas explicações ajudando no alívio de ansiedade e diminuindo estresse e nervosismo que perpassam a qualquer procedimento cirúrgico fomentando aprendizagem e autocuidado.

Em relação à contrarreferência identificou-se muito frágil dentro da rede de atenção à saúde, seja por parte de incentivo dos profissionais de buscarem seus pacientes de acordo com cada território, ou por parte dos próprios usuários que devido ao estabelecimento efetivo do vínculo com equipe do hospital acabam sempre por retornar ao mesmo buscando recursos quando necessitam. Este processo de saúde-doença é enfrentado por cada usuário de acordo com seus mecanismos psíquicos e apoios externos auxiliando e fortalecendo o comportamento resiliente.

Considera-se importante ao enfrentar um diagnóstico de câncer e tudo que nele engloba que o usuário possa ter um acompanhamento psicológico, ampliando sua visão de futuro e qualidade de vida, buscando equilíbrio diante da fragilidade em que se encontra. A busca por estratégias tem o propósito de tornar este usuário mais ativo no seu auto-cuidado, onde ele próprio seja capaz de explorar suas potencialidades e esteja o mais consciente possível diante da trajetória do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. **Aprendizagem organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAMACHO, T.P. et.al. **Trajetórias percorridas por usuários com doença cardiovascular até a internação hospitalar**. UFSM, 2013.

CAMPOS, G. W., AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Rio de Janeiro, 2007.

CAPELLO, E. M. et.al. **Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida**. São Paulo: 2012.

CHEM, C., CASTRO, E., SILVA, M. **Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. Porto Alegre: 2012.

FALKENBERG, M. B. et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

FIGUEIREDO, M. F; NETO, J. R; LEITE, M. S. **Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário**. Minas Gerais, 2012.

FREUD, S. (1895). **Estudos sobre a histeria**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 15-297.

GALBIATTI, SÍLVIA. et al, **Head neck cancer: causes, prevention na treatment.**2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180886942013000200018&script=sci_artt_ext&tlng=en. Acessado em: 09/11/2015.

GARUZE, Miriane et al. **Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa.** Revista Pan Americana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/111489>>.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS; Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HENRIQUES, RENATA MEIRA. **O acompanhante no processo de hospitalização.** Recife, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2014 –Incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>. Acessado em 09/11/2015.

JONAS, L. T. et.al. **Comunicação do diagnóstico de câncer à pessoa idosa.** São Paulo, 2015.

MARQUES, J.B. **Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura.** Revista Brasileira Baiana de Saúde Pública, 2014.

MEIRA, S. C. R., OLIVEIRA, C. A. S., RAMOS, I. J. M. **A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar.** Trabalho vencedor na 9º edição do prêmio SINOG de Odontologia 2010. Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte/MG.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 15ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.

MOZZINNI C. B., MOZZINI, A. R., SCHUSTER R. C. **O esvaziamento cervical e o papel da fisioterapia na sua reabilitação.** 2006.

PONTES, R. J.; S., S. **Human papillomavirus infections in the mucosa oral.** The Journal Of The America Dental Association, 2011.

PROTASIO, A.P.L. et.al. **Avaliação do Sistema de Referência e Contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ.** Rio de Janeiro, 2014.

SALCI, M. A et.al. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões.** Santa Catarina, 2013.

SANTOS, C. **Atuação fonoaudiológica durante a radioterapia em pacientes com câncer de Cabeça e Pescoço.** Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S. A. **O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico.** Enfermagem em Foco, 2011.

SEHNEM, G. D. et.al. **Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem à indivíduos portadores de feridas.** Cienc. Cuid. Saúde, 2015.

KARKOW, M. et.al. **Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes.** 2015.

KLUBER-ROSS, E. (1997). **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes.

KRUSE, M. H. L. et al. **Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes.** 2009.

APÊNDICE A

**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA A PACIENTES PORTADORES DE
NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Nome: _____ **SAME:** _____

Idade: _____ **Profissão:** _____

Cidade: _____ **Estado Civil:** _____

Escolaridade: _____

Acompanhante no tratamento: _____

Filhos: _____

DIAGNÓSTICO PRONTUÁRIO: _____

EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

1. Como você chegou até o hospital?
2. Como você se sentiu recebido no hospital?
3. Com quem você falou?
4. Você se sentiu bem recebido? (acolhido?).
5. Como você se sentiu durante tratamento neste hospital com relação aos profissionais? (Se sentiu à vontade ou não?) (Como foi sua relação com os profissionais?)
6. Foi lhe oferecido algum tipo de orientação durante tratamento? (Você recebeu explicação antes da cirurgia? por quais profissionais? E para alta hospitalar, quais profissionais lhe orientaram?).
7. Você pôde tirar suas dúvidas durante o tratamento? Você teve dúvidas durante seu tratamento. (Ficou com alguma dúvida?)
8. O que você achou sobre orientações durante tratamento?
9. Você recebeu algum tipo de encaminhamento desde primeira consulta até alta? Para qual profissional você foi encaminhado?
10. Havia alguma unidade básica de saúde eu frequentava antes de receber o diagnóstico?
11. Quando você teve alta do hospital você recebeu orientação para buscar essa unidade básica?
12. Você está recebendo esses cuidados?
13. Você tem alguma sugestão para o andamento do serviço?

EM RELAÇÃO AO ENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

1. Há quanto tempo soube do diagnóstico? Como você descobriu?
2. Qual foi sua reação (ou pensamento) ao saber do seu diagnóstico e do tratamento? (o que você sentiu?)
3. Quais os aspectos de sua vida que você acredita que foram mudados devido ao diagnóstico e tratamento? (o que mudou na sua vida?)
4. Teve alguma mudança no seu dia-a-dia? Como você percebeu essas mudanças?
5. Como você enfrentou esse tratamento? O que você fez para ajudar a melhorar e enfrentar? Você tem alguma religião? Isso lhe ajudou?
6. Você tem alguém que possa contar? Como foi o envolvimento da sua família nesse processo? Como é sua rede de apoio?

APÊNDICE B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Prezado (a) Sr (a): Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada: “Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: “nó crítico” do SUS”, a qual foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrada sobre o número CAAE 06493312.3.0000.5346.

Os pesquisadores aplicarão a pesquisa no Ambulatório da especialidade Cabeça e Pescoço e garantem que serão esclarecidas todas as dúvidas acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa antes que você decida participar. Além disso, salienta-se que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar o processo de regulação assistencial do paciente portador de neoplasia de cabeça e pescoço na perspectiva de rede integrada no Sistema Único de Saúde – SUS, com o propósito de reorientar o planejamento das ações em serviço de saúde na perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos questionamentos pré-elaborados por meio da entrevista semiestruturada, a qual abordará informações sobre como ocorre o acesso à rede de saúde, impacto do diagnóstico da neoplasia de cabeça e pescoço e verificar se o serviço corresponde à necessidade.

Salienta-se que esta pesquisa trará risco mínimo para você, pois poderá sentir um leve desconforto devido ao tempo disponibilizado para responder, ressalta-se que não haverá custo nem compensação financeira caso concorde em participar. Sua participação não resultará em danos físicos ou morais, entretanto, poderá sentir algum desconforto emocional ao responder o questionário. Caso isso ocorra os pesquisadores se comprometem em acompanhá-lo a um serviço especializado para uma consulta.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando seus resultados forem divulgados sob qualquer forma. Os dados serão coletados por meio de gravação, transcritos e arquivados sendo mantidos em arquivo confidencial, sob a responsabilidade do coordenador do projeto por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____,
concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura ou digital polegar direito

Número de R.G ou CPF

Pesquisador Responsável: Enfª Msª Jucelaine Arend Birrer

Departamento Responsável pela Pesquisa: Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Centro de Ciências da Saúde/UFSM.
Telefone para contato: (55) 3220.9678