

**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**

Vanessa Ré

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO COM
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

**Santa Maria, RS.
2016**

Vanessa Ré

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO COM
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no 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, Brasil
2016**

Vanessa Ré

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO COM CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no 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

Aprovado em 15 de abril de 2016

Jucelaine Arend Birrer, Ms^a. (UFSM)

(Presidente/Orientadora)

Aliende Lengler Abentroth, Esp. (UFSM)

Marcia Aparecida Penna, Esp. (UFSM)

Tainá Bianca Wendt Kruger, Esp. (UFSM)

**Santa Maria, RS, Brasil
2016**

RESUMO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

AUTORA: Vanessa Ré

ORIENTADORA: Jucelaine Arend Birrer

Esse estudo objetivou descrever a percepção dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço sobre ações de educação em saúde no processo saúde e doença e elaborar uma proposta de roteiro que contemple as orientações no período perioperatório. Estudo de abordagem qualitativa, descritivo realizado com usuários portadores de câncer de cabeça e pescoço que realizaram cirurgia no Hospital Universitário de Santa Maria no período de janeiro de 2014 e julho de 2015. Participaram do estudo 15 usuários, sendo que os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados sob o eixo temático educação em saúde. Verificou-se que as orientações pré-operatórias contemplam uma abordagem sobre o procedimento cirúrgico e, dispositivos como os bonecos terapêuticos tem sido um recurso inovador e criativo na compreensão do processo saúde doença reduzindo a ansiedade e nervosismo estabelecendo um vínculo de confiança com a equipe multiprofissional. O modelo biomédico ainda é ressaltado, quando o usuário traz o médico como figura principal do cuidado, no entanto, na prática percebe-se uma mudança gradual onde à integração das equipes com abordagem de atividades de clínica ampliada, projeto terapêutico singular tem fomentado integração e visualização das competências de cada núcleo profissional. Quanto às orientações de alta, identificou-se por meio da abordagem multiprofissional incentivo ao autocuidado, autonomia do sujeito, promoção e prevenção, com vistas a garantir qualidade no cuidado domiciliar. O roteiro de orientações foi elaborado após pactuação com a gerência do serviço e segundo as normas da instituição. Concluiu-se que as atividades de educação em saúde no âmbito hospitalar contribuem para a assistência prestada aos usuários, promovendo a humanização e integralidade do cuidado, a qualidade da assistência numa perspectiva de promoção e prevenção de saúde colaborando para uma mudança na cultura educacional e integração dos núcleos profissionais no Sistema Único de Saúde.

Palavras chave: Educação em saúde. Assistência integral a saúde. Assistência Perioperatória.

ABSTRACT

HEALTH EDUCATION IN USER'S PERSPECTIVE WITH HEAD AND NECK CANCER

AUTHOR: Vanessa Ré
SUPERVISOR: Jucelaine Arend Birrer

This study aimed to describe the user's perception of the head and neck care line about health education actions in health and disease process and develop a road map proposal that addresses the guidelines in the perioperative period.

This qualitative, descriptive study conducted with patients users of head and neck cancer who underwent surgery at the University Hospital of Santa Maria in the period from January 2014 to July 2015. Study participants were 15 users, and the data were collected through semi-structured interviews and analyzed under the thematic area health education. It was found that the preoperative guidelines include a discussion of the surgical procedure, and devices such as therapeutic dolls has been an innovative and creative resource in understanding the health-disease process reducing anxiety and nervousness establishing a bond of trust with the multidisciplinary team. The biomedical model is still highlighted when the user brings the doctor as a primary care figure, however, in practice it is noticed a gradual change where the integration of the teams approach to expanded clinical activities, singular therapeutic project has fostered integration and visualization skills of each professional core. As for the discharge guidelines, was identified through multidisciplinary approach to encouraging self-care, autonomy of the individual, promotion and prevention, in order to ensure quality in home care. The route guidance was prepared after pact with the management of the service and according to the rules of the institution. It is concluded that health education activities in hospitals contribute to the assistance to users, promoting humane and comprehensive care, the quality of care in health promotion and prevention perspective contributing to a change in educational culture and integration of professional nucleus in the Unified Health System.

Key-words: Health education. Integral assistance health. Perioperative Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apreciação e Aprovação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SNE	Sonda Nasoentérica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 METODOLOGIA	11
2.1 DELINEAMENTO	11
2.2 LOCAL E POPULAÇÃO	11
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	12
2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	12
2.5 COLETA DE DADOS	12
2.6 ANÁLISE DE DADOS.....	13
2.7 PROPOSTA DE ROTEIRO DE ATIVIDADES.....	13
2.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	13
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	33
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
APÊNDICE C - PROPOSTA DE ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES.....	37
APÊNDICE D - FICHA DE CONTROLE DE ORIENTAÇÕES.....	41
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	42

1 INTRODUÇÃO

Os casos de câncer no mundo continuam aumentando, em grande parte por causa do crescimento e do envelhecimento da população, ao lado de uma crescente adoção de comportamentos que são fatores de risco como o tabagismo e o etilismo (JEMAL et al. 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, na última década sua incidência cresceu 20% em todo o mundo sendo que a expectativa para 2030 é de 27 milhões de novos casos e 17 milhões de óbitos. Os países em desenvolvimento como o Brasil serão os mais afetados, colocando essa doença como uma das grandes preocupações mundiais em políticas de saúde (BRASIL, 2015).

No mundo pode-se citar o câncer de cabeça pescoço como o quinto tipo de câncer mais comum, apresentando mais de 550.000 novos casos anualmente (GALBIATTI et al. 2013).

Conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço os tumores de cabeça e pescoço acometem regiões como a da face, fossas nasais, seios paranasais, boca, faringe, laringe, tireoide, glândulas salivares, tecidos moles do pescoço, da paratireoide e tumores do couro cabeludo.

O tratamento para este tipo de câncer segundo Silva et al. (2012) é à base de cirurgia para a retirada do tumor, cirurgia reconstrutiva, quimioterapia e radioterapia. Nessas modalidades de tratamento os pacientes podem apresentar efeitos agudos e tardios, como xerostomia, deterioração dentária, perda de sensações gustativas e olfatórias, além de dificuldades funcionais que afetam a aparência, a fala, a deglutição e a nutrição (ANGELO; MEDEIROS; DE BIASE 2010).

Estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) por Mostardeiro e Pedro (2010) com usuários da especialidade de cabeça e pescoço relatou que a imagem facial é uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos pacientes, os quais mencionam ser muito sofrido conviver com as mudanças oriundas do tratamento.

Dessa forma, nas cirurgias de cabeça e pescoço todas essas mutilações tanto funcionais, estéticas, sociais e psicológicas que repercutem na vida diária dos pacientes podem levar há sequelas que se manifestam como um novo sintoma não existente previamente, e que necessitam ser considerados pelas equipes multiprofissionais com abordagens de educação em saúde (PAULA, et al. 2012;

GONÇALVES, 2014).

A abordagem educação em saúde como prática social baseada no diálogo e na troca de saberes favorece a compreensão do processo saúde-doença e o intercâmbio entre o saber científico e o popular, além de influenciar o estilo de vida, melhorar a relação profissional/usuário e o ambiente social e físico (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Corroborando, Amthauer et al. (2011) traz que as ações educativas em saúde proporcionam um atendimento humanizado, com acolhimento e fortalecimento de vínculos, onde o profissional de referência estabelece uma relação de confiança antes e após o procedimento cirúrgico fazendo com que o paciente se sinta mais seguro e tranquilo.

Assim, as ações de educação em saúde abrangem três atores prioritários: os profissionais de saúde, que estimulam a prevenção e a promoção de saúde, os gestores, que acolhem esses profissionais em suas práticas educativas e a população, que necessita estabelecer seus conhecimentos e elevar sua autonomia nos cuidados, individual ou coletivamente, permitindo assim, diligenciar a realidade e sugerir mudanças que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação no cuidado (FALKENBERG et al. 2014).

Para Figueiredo et al. (2010) este modelo busca superar a percepção de que o profissional é aquele que sabe e determina e o paciente o que aprende e obedece, com uma nova visão do paciente como um sujeito com potencial crítico, transformador da realidade e capaz de decidir a respeito de sua saúde.

Do ponto de vista de Freire (1999) essa proposta de educação em saúde, vem numa perspectiva libertadora e transformadora, em que, na relação educador/educando não há detentores do saber, mas saberes diferentes que devem convergir para a reflexão, conscientização e liberdade de escolha. Trata-se de um processo de ensino e aprendizagem mútuo.

A Política Nacional de Humanização corrobora com o autor trazendo como valores que norteiam a mesma, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão da saúde (BRASIL, 2007).

Para Kruse et al. (2009) a experiência da cirurgia é causadora de estresse e ansiedade ao paciente e sua família, ao qual ações de educação em saúde como as orientações perioperatórias podem ser benéficas para o seu enfrentamento,

diminuindo suas inseguranças, possibilitando a minimização do estresse, da ansiedade que a pessoa vivencia no processo cirúrgico, além de proporcionar mais segurança, calma e tranquilidade.

O período perioperatório envolve as fases de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, ou seja, desde que o paciente recebe seu diagnóstico e decide fazer a cirurgia, o momento do procedimento até a alta anestésica e a sua recuperação/reabilitação (CALLEGARO et al. 2010; HAYASHI; GARRANHANI, 2012).

Para Callegaro et al. (2010) as orientações pré-operatórias favorecem a valorização do ser humano na sua multidimensionalidade e contribuem para formação de vínculo entre o profissional e o paciente, cuja relação considera as peculiaridades e as especificidades de cada ser.

Os resultados do estudo de Santos et al. (2011) evidenciaram que a orientação pré-operatória individualizada proporcionou tranquilidade, bem-estar, otimismo, diminuindo o medo e a ansiedade dos pacientes que se mobilizaram precocemente e realizaram exercícios respiratórios, resultando em recuperação mais rápida e menos complicações.

Além das orientações durante a internação também é necessário existir um planejamento de alta hospitalar, como relatam Delatorre et al. (2013) trazendo a importância de se programar a saída deste indivíduo do hospital como uma estratégia de cuidado continuado do paciente em seu domicílio.

Entende-se que as orientações de alta hospitalar promovem uma qualificação assistencial, ou seja, humanização, quando a partir da independência que o paciente vai assumir na alta, ele percebe um monitoramento e acompanhamento de sua condição de saúde, dividindo assim, a responsabilidade de seu cuidado domiciliar, promovendo segurança e confiança na equipe de saúde (ROSA, 2010).

Levando em conta que após realização da cirurgia os usuários utilizam dispositivos como traqueostomia e via alternativa de alimentação, estes apresentam dificuldades na comunicação, mudanças na imagem facial, dificuldades com a higienização bucal, tornando-se essencial uma equipe multiprofissional para escutar, orientar e sanar as dúvidas para alta hospitalar com o propósito de melhorar a qualidade de vida.

Compreende-se que os pacientes acometidos por um câncer de cabeça e pescoço necessitam de um cuidado ampliado, multiprofissional e interdisciplinar com qualificação das ações de educação em saúde realizadas durante seu percurso no

sistema público de saúde. Com a experiência no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (PRMS) no Hospital Universitário de Santa Maria verificou-se a importância dessas ações e a realização das mesmas com o intuito de melhorar a qualidade da atenção prestada com perspectiva na integralidade do cuidado. Portanto, a escolha do tema educação em saúde para este estudo tem o intuito de discutir acerca das atividades que são realizadas nesta instituição e mostrar a percepção dos usuários frente a esta abordagem.

Diante disso, este estudo objetiva descrever a percepção dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço sobre ações de educação em saúde no processo saúde e doença e elaborar uma proposta de roteiro que contemple as orientações no período perioperatório.

2 METODOLOGIA

Esse estudo configura-se como um recorte integrante do projeto Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: “nó crítico” do SUS iniciado no ano de 2012 por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar da Ênfase Crônico Degenerativo na Linha de Cuidado de Cabeça e Pescoço com o número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 06493312.3.0000.5346.

2.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo. Para Minayo (2015), a pesquisa de natureza qualitativa possibilita “desvelar” processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação final, proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado. A pesquisa descritiva segundo Gerhardt e Silveira (2009) busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade.

2.2 LOCAL E POPULAÇÃO

A pesquisa foi realizada no HUSM, referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul (RS). O local das entrevistas foi o ambulatório da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço, ao qual após a consulta médica os usuários eram convidados a participar do estudo.

A população foi composta por usuários da linha de cuidado da cabeça e pescoço que realizaram cirurgia entre janeiro de 2014 e julho de 2015. A lista com os nomes dos usuários foi obtida no serviço de estatística do referido hospital.

Durante o período delimitado pelo estudo estiveram internados 40 usuários na unidade de internação cirúrgica, sendo que no total foram entrevistados 17 usuários, porém por dificuldade de entendimento do áudio de duas entrevistas, as mesmas foram excluídas, totalizando 15 usuários, número determinado pelo procedimento de saturação teórica dos dados, baseado nos critérios de resposta aos objetivos do estudo.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram inclusos usuários de ambos os sexos, que realizaram cirurgia entre janeiro de 2014 e julho de 2015, maiores de 18 anos.

2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Usuários que apresentavam prejuízo na capacidade cognitiva e comportamental e que realizaram cirurgia de laringectomia total.

2.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) que segundo Leopardi (2002) é caracterizada como aquela em que o entrevistador utiliza um roteiro previamente estabelecido, onde há pré-determinação das perguntas questionada aos entrevistados.

Os usuários eram convidados a participar sendo informados sobre os objetivos do estudo, do caráter voluntário da participação e da garantia do anonimato.

Também foram orientados de que os dados por eles informados seriam utilizados para fins científicos e em seguida, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e lidas para apreensão inicial do conteúdo.

2.6 ANÁLISE DE DADOS

A leitura do material permitiu apreender o conteúdo manifesto e agrupar os fragmentos que se repetiam e/ou possuíam semelhança semântica nos diferentes depoimentos, considerando o eixo temático: Educação em Saúde.

Após a coleta dos dados e transcrição das entrevistas, as informações foram analisadas seguindo os pressupostos da Análise Temática de Conteúdo (Minayo, 2015) fundamentada na regularidade das afirmações, denotando, dessa forma, estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes ou subjacentes nos depoimentos.

2.7 PROPOSTA DE ROTEIRO DE ATIVIDADES

Em segundo momento elaborou-se uma proposta de roteiro para guiar os profissionais da equipe multiprofissional durante as ações de educação em saúde no período perioperatório.

Para a construção da proposta primeiramente realizou-se uma conversa com os profissionais responsáveis pela unidade para expor a ideia do trabalho a ser construído. Posteriormente buscaram-se materiais já existentes na unidade de clínica cirúrgica na sala de Educação em Saúde que é um espaço utilizado para essas atividades com o intuito de elaborá-la conforme as rotinas da instituição.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com o número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 06493312.3.0000.5346 (ANEXO A).

Todos os participantes assinaram o TCLE, sendo assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações, conforme Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 15 usuários, que foram entrevistados após consulta médica no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço. A partir da leitura e análise de conteúdo, levando em consideração o eixo temático educação em saúde os relatos foram agrupados de acordo com a relevância e significância, conforme exposto na Tabela 1.

Ressalta-se que os resultados e discussões sobre o eixo temático educação em saúde serão abordados numa perspectiva das orientações perioperatórias, ou seja, orientações pré-operatórias e orientações para a alta hospitalar.

Tabela 1- Agrupamento dos relatos das entrevistas

U1	“... 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...e correu tudo bem graças a Deus... “... eu tive orientação só de um médico aqui...”
U5	“... foi com vocês mesmo... porque me ajudou dando mais alegria, baixa o nervosismo...”
U6	“...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... “... foi um que foi no quarto e me explicou, ele devia ser médico...”
U7	“... mostraram como ia ser a cirurgia, o que ia fazer, o que teria que colocar de drenos no lado. Isso elas explicaram tudo, nos bonecos...”
U8	“... sempre ajuda na questão de tranquilizar a pessoa no assunto, é um incentivo sempre do lado positivo...”
U9	“... Não, para mim não faz diferença, eu já canso de dizer depois que cair na mão do médico tem que fazer como ele manda...”
U14	“... Explicou que eles cortaram aqui, os drenos tudo aquelas coisas...” “... A doutora mesmo, eles falaram bem certinho, a enfermeira, não sei qual a enfermeira que estava ela também explicou tudo...”

	“...Me deram umas folha lá de como é que fazia, os exercício a física...o que fazer em casa, sobre os alimentos. Muitas coisas que não era pra mim fazer, eu ia fazer, muitas coisas que era para fazer, não ia fazer porque não sabia...”
U15	“...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...”
U17	“... 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. Como ela disse, podia não correr nada, mas ela tinha por obrigação me explicar tudo...” “...estava a minha filha junto, para nós foi bom, porque a gente estava ciente do que ia fazer, do que ia passar...”

Fonte: Autora

Conforme o relato dos entrevistados, as orientações pré-operatórias são fundamentais para o processo de educação do paciente e do familiar, pois se trata de um espaço educativo e de formação de vínculos, num momento de extrema fragilidade do paciente e de sua família. Para Santos; Henckmeier; Benedet (2011) este tipo de orientação proporciona tranquilidade, bem-estar, otimismo, diminuindo o medo e a ansiedade dos pacientes e familiares. Corroborando com esta ideia Teixeira et al. (2013) expõem que os pacientes e cuidadores valorizam as orientações e isso os auxilia a desmitificar o desconhecido, reduzir a ansiedade, medo e insegurança o que fortalece a criação de vínculo e de confiança com a equipe assistente; como pode ser percebido nos relatos de U1, U5, U6, U7 e U9 .

De acordo com o relato de U17, a equipe orienta sobre as possibilidades de dispositivos que o usuário possa utilizar no pós-cirurgia, evitando o desconhecido. Isso permite um elo de confiança e vínculo positivo entre usuário e equipe, pois evita sentimentos de desconfiança e insegurança. O estresse e a ansiedade segundo Santos et al. (2011) estão relacionados ao medo do desconhecido, tornando-se relevante o fornecimento de informações que possam diminuir ou eliminar esses fatores estressantes.

A importância de espaços apropriados para este tipo de atividades parte de uma lógica de reorientar o modelo vigente a partir de a perspectiva hospitalar com vistas a mudanças no cotidiano dos serviços de saúde. Como relatado por U1, em espaços como as orientações pré-operatórias o usuário é inserido no planejamento do seu tratamento e participa juntamente com a equipe multiprofissional no enfrentamento das demandas que surgem durante o processo de adoecimento.

Para Verdi (2010) um modelo de atenção à saúde no qual o usuário não possui responsabilidade pela sua saúde e apenas acata sem questionamentos as condutas prescritas pelos profissionais de saúde são direcionamentos contrários à proposta do SUS. Portanto os profissionais de saúde através de ações de educação em saúde tem o papel de ajudar no empoderamento e autonomia dos usuários frente ao processo de saúde e doença, como relata U15.

Nesse contexto, o processo educativo ultrapassa o simples ato de ensinar, uma vez que insere o paciente na prática, resgatando-o para a participação e realização do autocuidado (COUTO et al. 2013). No que tange a integralidade do cuidado, as práticas tanto preventivas como assistenciais podem ser ofertadas pelo mesmo serviço, neste caso o âmbito hospitalar. Trata-se de uma conscientização conjunta das equipes que atuam em determinado espaço, prevenindo, promovendo e reabilitando.

Este processo não se restringe exclusivamente ao paciente, ressalta-se a importância do contexto familiar neste complexo caminhar, como relata U17. Para Carvalho (2008) o impacto de uma doença como câncer não afetam apenas o paciente, mas sim todo o universo familiar, impondo mudanças, exigindo reorganização na dinâmica familiar para incorporar nas atividades cotidianas os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem.

Para o autor as famílias também enfrentam grandes dificuldades para lidar com o câncer que causa muito sofrimento e quanto mais avançada estiver a doença, maior é o sofrimento, fazendo-se necessário a construção de espaços para a participação da família, durante todo o processo de tratamento do paciente, onde possa aprender a cuidar, mas também ser cuidada, na perspectiva de uma assistência integral e de qualidade.

Na unidade de internação cirúrgica do HUSM geralmente as intervenções para retirada de tumores de cabeça e pescoço tendem a ser longas, com várias intercorrências como disponibilidade de horários para realização da cirurgia no bloco cirúrgico, suspensão de cirurgia por entrada de urgências pelo pronto atendimento, evolução clínica insatisfatória de cada paciente no pós-operatório, desestabilidade familiar que levam ao adiamento da alta. Dessa forma, o processo que envolve a internação até a alta hospitalar tornar-se um ambiente com diversas abordagens educativas pela equipe multiprofissional, gerando momentos de interação assim como criação de vínculo.

Com isso é reforçado que as ações de educação em saúde também têm espaço e qualificam a atenção aos usuários nos hospitais, tornando-se cada vez mais relevantes estudos que enfatizem essas atividades a nível hospitalar, pois a maioria dos estudos trazem discussões acerca de educação em saúde pautadas na atenção primária.

As orientações pré-operatórias aos usuários com câncer de cabeça e pescoço na instituição do presente estudo se desenvolvem em uma sala de educação em saúde localizada no andar da clínica cirúrgica e seguem as informações registradas em prontuário médico e discussões com o médico responsável sobre o procedimento cirúrgico. Para as orientações são utilizados alguns dispositivos como os bonecos terapêuticos que servem para demonstração do uso de sondas para alimentação, traqueostomia, drenos, sondas vesicais e quadros com imagens das regiões anatômicas (Figuras 1 ao 8) para demonstrar ao paciente e seu familiar como é formado seu corpo e qual a região do corpo está comprometida com a doença.

Figura 1. Traqueostomia Plástica e Sonda Nasoentérica (SNE).



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Legenda: 1- Traqueostomia Plástica 2- Sonda Nasoentérica.

Figura 2 – Traqueostomia Metálica.



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Legenda: 3 - Traqueostomia Metálica.

Figura 3 - Dreno de Sucção



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Legenda: 4 – Drenos de Sucção

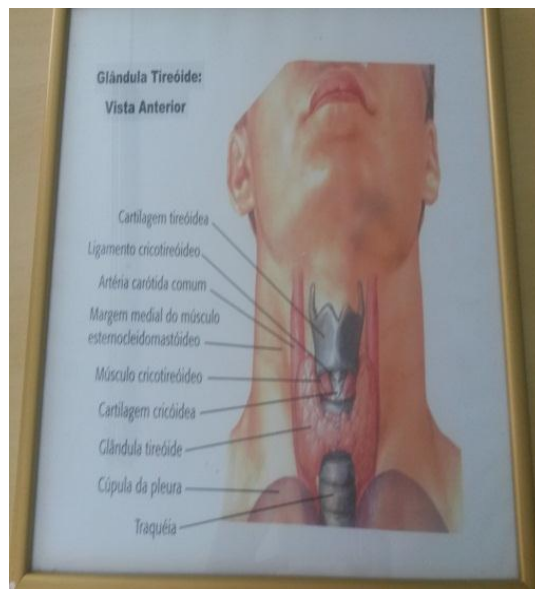
Figura 4 – Gastrostomia



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Legenda: 5 - Gastrostomia

Figura 5 – Quadro com figuras anatômicas



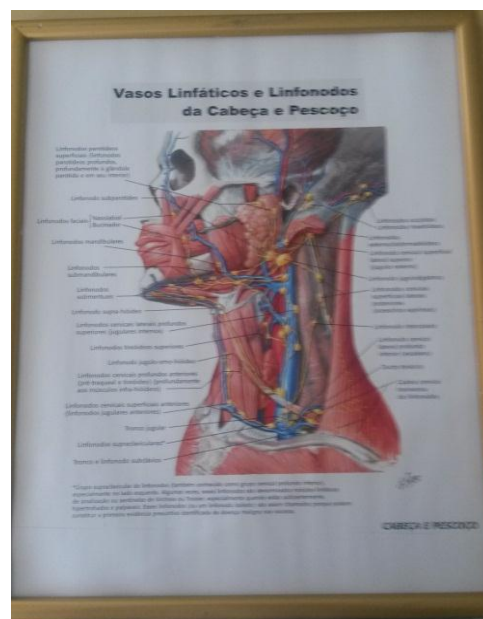
Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Figura 6 – Quadro com figuras anatômicas



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Figura 7 – Quadro com figuras anatômicas



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Figura 8- Quadro com figuras anatômicas



Fonte: Sala de Educação em Saúde da Unidade Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria

Percebe-se que os usuários apresentam muitas dúvidas referentes aos dispositivos que vão ser utilizados após o procedimento cirúrgico como a traqueostomia e a sonda para alimentação. Sendo assim torna-se necessário que a equipe multiprofissional desmistifique esses medos explicando as devidas finalidades de cada um e a sua relevância para o sucesso do tratamento. Uma forma de qualificar essa orientação é com a utilização dos bonecos terapêuticos, pois o paciente pode manusear esses dispositivos antes da cirurgia e se perceber neles como relata U7.

Outro ponto importante é a necessidade da orientação ser realizada por uma equipe multiprofissional e não somente por um único profissional. Para Nascimento et al. (2014) cada dia torna-se mais relevante à existência de uma equipe multiprofissional, para atender os pacientes com câncer, no que diz respeito às orientações, encaminhamentos e tratamentos com o escopo de gerar resultados positivos e proporcionar uma melhor qualidade de vida. Neste sentido a presença do fisioterapeuta é fundamental para explicar as questões respiratórias com o uso da traqueostomia bem como do fonoaudiólogo na questão da deglutição e da fala, do

profissional enfermeiro sobre as fases e processo do tratamento, do nutricionista sobre a utilização da sonda para alimentação, do farmacêutico sobre o uso de medicamentos, do odontólogo sobre os cuidados de higiene bucal, o psicólogo com as questões emocionais e o assistente social sobre dúvidas sociais e de convívio familiar.

Diante dessa abordagem ampliada destaca-se a importância do saber de cada profissional estabelecida como núcleo e do saber coletivo constituído como campo. Para Campos (2000) o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissões buscam em outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

As atividades de educação em saúde como as orientações perioperatórias realizadas durante a residência multiprofissional demonstram que cada profissional a partir dos seus conhecimentos de núcleo e campo trazem contribuições resultando em uma atenção pautada na integralidade do cuidado e no aprender a trabalhar interdisciplinarmente.

Pode-se perceber neste processo de formação enquanto residente que a integralidade do cuidado só é possível se as equipes incorporarem no seu saber profissional que cada usuário é um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Diante disso, as ações que tangem educação em saúde emergem de um saber coletivo da equipe multiprofissional transformando este campo em saber transformador da realidade (MACHADO, 2007).

Nos relatos de U6 e U9 os questionamentos referentes a orientações realizadas pela equipe multiprofissional, os usuários mencionam a orientação do médico, o que reforça o modelo biomédico, trazendo-o como figura principal do cuidado, já que é quem detém o poder sobre o corpo do doente no momento do procedimento cirúrgico. O poder de discurso médico segundo Kruse et al. (2009) parece ainda ser um fator limitante a outros profissionais da área da saúde, pois ainda predomina entre os pacientes a figura enaltecida do médico como patriarca das ações de saúde.

Entende-se que ainda existe uma distância entre os Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais no Brasil o que reforça o modelo tradicional, que necessita ser gradativamente redesenhado com a atuação conjunta

de toda a equipe, sendo que os dois programas de residência são regidos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação às Residências Médica e Multiprofissional da UFSM/HUSM, observa-se uma mudança gradual do modelo biomédico em relação à aproximação entre as residências, através de discussão de casos, projetos terapêuticos singulares, reuniões de clínica ampliada e orientações multiprofissionais a pacientes e cuidadores, estando, na medida do possível, presentes todos os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente e no planejamento do cuidado.

O profissional enfermeiro é visto como o mediador destas ações, ligada às intervenções educativas, levando em consideração a recuperação, a prevenção e as necessidades de ensino do paciente com uma perspectiva de abordar sua autonomia diante do processo saúde-doença, como relata U14.

Com a busca literária encontrou-se discussões sobre orientações pré-operatórias realizadas pela enfermagem, sendo que Santos (2011) afirma que é atribuição do enfermeiro informar o paciente cirúrgico sobre seu problema de saúde, sobre o procedimento cirúrgico através de orientações pré-operatórias, sempre transmitindo isso ao paciente em linguagem clara, respeitando seu conhecimento e sua cultura.

No entanto, outros núcleos profissionais começam a ser identificados como essenciais neste processo como pode ser visto no decorrer dos dois anos de residência multiprofissional. Dentre eles o núcleo profissional da nutrição, ao qual o programa de residência multiprofissional insere no currículo e na vivência desses profissionais uma formação voltada para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco em atividades de educação em saúde, na busca da integralidade do cuidado e do trabalho interdisciplinar, sendo questões que são pouco trabalhadas durante a graduação.

Nessa direção, Ferreira (2007) afirma que para adoção de um modelo de atenção integral aos usuários, estabelece-se um desafio para as categorias como o núcleo profissional da nutrição, as qual ainda apresenta currículos acadêmicos com modelos sob a vertente biológica da atenção clínico assistencial. Para o autor as mudanças necessitam ser estruturais, e têm início na própria formação acadêmica do profissional, com adoção de currículos voltados também às questões políticas, sócio econômica e culturais.

Percebe-se que a na área da saúde o ensino acumulou uma tradição centrada em conteúdos e numa pedagogia da transmissão de saberes, com orientação pela doença e pela reabilitação. Segundo Carvalho e Ceccim (2006), não têm ocorrido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.

Para os autores os alunos provenientes de instituições com essas características tendem a perpetuar a vigência e manutenção do modelo tradicional, aceitando a fragmentação como modo organizador dos saberes e fazeres.

Um dos pontos para mudança desse modelo concentra-se na capacidade dos profissionais desempenharem seus papéis de forma inovadora com mudança de comportamento, criando espaços e ações de educação em saúde como as orientações multiprofissionais e atividades interdisciplinares. Espaços como este são proporcionados pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM promovendo momentos no atuar do discente de reflexão individual e coletiva, desmistificando paradigmas e promovendo a capacidade de atuação no campo da interdisciplinaridade.

Vale ressaltar que os objetivos PRMS/UFSM são “formar profissionais de saúde qualificados na especialidade escolhida com competências técnico-científica, sócio-política e ético-humanista, orientada pelos Princípios e Diretrizes SUS [...]” (UFSM, 2009).

De acordo com o regimento interno do programa destaca-se como objetivos a adoção de estratégias de ensino/formação que fomentem a articulação entre ensino-serviço e políticas públicas de saúde, construindo e disponibilizando novos conhecimentos, tecnologias e informações que assegurem a construção da integralidade da atenção, desencadeando processos de mudança no modelo de prestação de serviços ao sistema público de saúde.

Para dar continuidade aos resultados e discussões no que tange as orientações para o período pré-operatório existem ações educativas como as orientações de alta hospitalar que são de extrema importância para promoção do autocuidado no domicílio. No relato de U14 percebe-se a relevância que as orientações proporcionam para este momento, informando sobre o cuidado,

buscando não deixar o paciente e familiar com dúvidas e anseios para a volta ao domicílio.

Segundo Romanzin (2010) o estímulo ao autocuidado é fundamental para o paciente, pois lhe traz benefícios que ajudam a melhorar a adesão ao tratamento e influenciam positivamente nas atividades sociais e de convívio familiar. Corroborando, Alper et al. (2015) enfatiza que um bom planejamento de alta também pode prevenir reinternações, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir os custos para os serviços hospitalares.

Dessa forma torna-se fundamental a necessidade de um bom plano de alta hospitalar, com comunicação da equipe, ações de educação em saúde e a realização de um planejamento individualizado observando as condições de cada paciente para alta, garantindo assim uma melhor continuidade do cuidado no domicílio.

Através da assistência aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço na unidade de internação cirúrgica verificou-se a necessidade da continuidade do acompanhamento no pós-alta, pois esses voltam ao domicílio com dispositivos como SNE e traqueostomia e vários outros cuidados, que mesmo após as orientações de alta geram medos e dúvidas.

A partir disso, no ano de 2010 os residentes multiprofissionais do PRMS/UFSM iniciaram o acompanhamento dos usuários junto ao ambulatório médico da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço, verificando as demandas e efetuando os encaminhamentos e orientações necessárias. Essa atuação se mostrou muito válida, posto que os atendimentos dão-se de forma integral, verificando-se as demandas em conjunto, o que evita orientações discordantes.

Para Cardoso (2011) o trabalho em equipe significa promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações buscando assegurar assistência e cuidado que respondam às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência dos serviços.

Contudo, com a grande demanda e encaminhamentos que surgem no pós-alta constatou-se a relevância da criação de um ambulatório multiprofissional para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Com isso o mesmo foi iniciado no mês de outubro de 2015 nas sextas-feiras pela manhã das 8:00 as 12:00 horas, com agendamento prévio de 4 pacientes.

Os pacientes com alta hospitalar recebem encaminhamento para o ambulatório, sendo que as consultas são realizadas pela equipe multiprofissional em conjunto, onde cada profissional realiza o levantamento e resolução das demandas desses usuários. Nesse ambulatório o médico não está presente, porém se necessário o mesmo é articulado pela equipe multiprofissional.

Ressalta-se que os acompanhamentos e atendimentos no ambulatório médico continuam, e os pacientes com demandas que não possam ser resolvidas no momento são agendados para acompanhamento no ambulatório multiprofissional.

Outra ação que se faz oportuna para alta hospitalar é contato com a equipe de referência do usuário. Segundo Serra e Rodrigues (2010) de fato, se torna essencial que a equipe assistente do hospital faça contato com a equipe da unidade básica de saúde ou estratégia de saúde da família de abrangência do paciente, realizando uma abordagem de integração e encaminhamento denominada de contrarreferência.

A contrarreferência é mais um dispositivo que a equipe de saúde pode utilizar para garantir a integralidade do cuidado, não deixando o paciente perdido e sem referência após alta hospitalar. Vale ressaltar que o ideal seria o contato com todos os profissionais que esse paciente recebia acompanhamento a nível hospitalar, porém ainda se verifica que a mesma vem sendo realizada somente pela equipe de enfermagem.

Assim sendo, através das discussões durante a residência e com a realização deste trabalho identificou-se a necessidade da elaboração de uma proposta de roteiro de orientações que foi elaborado seguindo as normas da instituição.

A proposta de roteiro para orientação elaborada contém os passos a serem seguidos nas orientações perioperatórias (ANEXO C). Foi realizada a construção de uma ficha de controle de orientações pré-operatórias (APÊNDICE D) com dados dos pacientes, cirurgia realizada e as orientações fornecidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo descrever a percepção dos usuários da linha de cuidado cabeça e pescoço sobre ações de educação em saúde no processo saúde e doença e elaborar uma proposta de roteiro que contemple estas ações numa perspectiva de orientações no período perioperatório.

Foi possível verificar através da percepção dos usuários que as ações de educação em saúde da unidade de internação cirúrgica realizadas no HUSM são de extrema relevância e refletem na diminuição da ansiedade e nervosismo do paciente e seus familiares.

O espaço apropriado para as orientações denominado de Sala de Educação em Saúde proporciona um ambiente reservado, acolhedor e privativo para a aproximação entre equipe e paciente. O uso de dispositivos como bonecos terapêuticos tem se mostrado de suma importância no entendimento para o paciente do processo cirúrgico. A adesão com este método tem sido satisfatória fomentando a criação de novos bonecos terapêuticos para demonstrar nas orientações de outras especialidades cirúrgicas.

Também com os relatos verifica-se que os usuários entrevistados trazem a figura do médico com maior referência, tendo dificuldade de identificar os demais integrantes da equipe multiprofissional. Porém a vivência como residente multiprofissional identificou que gradativamente está ocorrendo uma significativa mudança no que tange a integração das equipes e a quebra de um modelo centrado somente em um profissional e na doença.

Com a implantação da residência multiprofissional no ano de 2009 na unidade de internação cirúrgica os processos de trabalho estão se aperfeiçoando e o planejamento do cuidado tem se tornado um momento de integração entre os profissionais que auxiliam na atenção ao paciente. A efetivação das reuniões de clínica ampliada e a construção dos projetos terapêuticos constituem-se hoje como dispositivos de conquista para essa integração. Essa aproximação promove o compartilhamento de saberes e condutas aumentando o sucesso no tratamento na busca de assistência de qualidade.

Em relação às orientações de alta hospitalar, as mesmas configuram-se como papel fundamental da equipe multiprofissional, com incentivo do autocuidado, garantindo qualidade no cuidado domiciliar e empoderamento do usuário frente a sua condição de saúde.

Diante disso, as ações de educação em saúde aos usuários com câncer de cabeça e pescoço, que muitas vezes apresentam dúvidas medos e anseios, torna-se um trabalho satisfatório, fornecendo ajuda, orientações e desmistificando tabus, fazendo com que a relação não seja meramente de profissional para paciente, mas sim uma convivência de trocas e vínculos positivos.

As atividades que envolvem o processo da educação em saúde aos pacientes da linha de cabeça e pescoço no HUSM têm fomentado resultados de grande relevância no sentido do acolhimento, integração, implantação de novas tecnologias de trabalho e principalmente cumprimento de uma responsabilidade social de um hospital de ensino com programas de residência médica e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- ALPER, E.; O'MALLEY, T. A.; GREENWALD. **Hospital discharge and readmission.** 19 Jun 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission>>. Acesso em 10 jan 2016
- AMTHAUER, C. et al. **Atividades de educação em saúde com pacientes cirúrgicos em um hospital universitário:** relato de experiência. Revista Contexto & Saúde, ljuí • v. 10, n. 20, Jan./Jun. 2011
- ANGELO, A. B.; MEDEIROS, A. C.; DE BIASE, R. C. C. G. **Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço.** Rev. Odontol UNESP, Araraquara. v. 39, n. 1, p. 1-7. jan./fev. 2010.
- 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. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/estudo-preve-cerca-de-580-mil-casos-de-cancer-no-pais-em-2014>>. Acesso em 11/11/2015
- BRICEÑO-LEÓN, R. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria.** Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro v. 12, n. 1, p. 7-30. jan-mar, 1996.
- CALLEGARO, G. D.; BAGGIO, M. A.; NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. **Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 132-142, jul./set. 2010
- Campos G. W. **S.O anti-Taylor e o método Paidéia:** a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) 2000.
- CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. **Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde:** uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trab. educ. saúde (Online) vol.9 supl.1 Rio de Janeiro 2011
- CARVALHO, C. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico.** Revista Brasileira de Cancerologia; p.97-102, 2008.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde:** aprendizados com a saúde coletiva. Tratado de saúde coletiva. São Paulo. Hucitec; 2006 p.149-182.

CERVERA D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. **Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG).** Ciênc Saúde Coletiva. v. 16, n. 1, p. 47-54.

COUTO, I. R. R. et al. **Saber e prática: a educação em saúde como elo facilitador no processo de cuidar.** R. pesq.: cuid. fundam. online. v. 5, n. 1, p. 3485-92. jan./mar. 2013.

DELATORRE, P. G. et al. **Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa.** Revista enfermagem UFPE online., Recife, 7(esp):7151-9, dez., 2013

EGESTAD, H. **The significance of fellow patients for head and neck cancer patients in the radiation treatment period.** European Journal of Oncology Nursing, v. 17, n. 5, p. 618-624, oct. 2013.

FALKENBERG, M. B. et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014

FELIX, L. G.; SOARES, M. J. G. O.; NÓBREGA, M. M. L. **Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev Bras Enferm, Brasília. v. 65, n. 1, p. 83-91. jan-fev 2012.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. **Nutrição e promoção da saúde: perspectivas Atuais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul, 2007.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETOII, J. F. R.; LEITEI, M. T. S. **Modelos aplicados às atividades de educação em saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília. v. 63, n. 1, p. 117-121 jan-fev, 2010

FREIRE P. **Educação como prática da liberdade.** 29ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1999.

GALBIATTI, A. L.S. et al. **Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento.** Braz J Otorhinolaryngol. v. 79, v.2, p. 239-247. 2013

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.

GONÇALVES. M. **Prevalência e caracterização do trismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências. São Paulo, 2014

HAYASHI, J. M.; GARANHANI, M. L. **O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem.** Rev. Min. Enferm. v. 16, n. 2, p. 208-216, abr./jun., 2012

JEMAL, A. et al. **Global câncer statistics**. CA Cancer J Clin. v. 61, n. 2, p. 69-90, 2011.

KRUSE, M. H. L. et al. **Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>>. Acesso em 16/11/2015

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002

MACHADO, M. F. A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

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

MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; PEDRO, E. N. R. **Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado**. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) v. 31, n. 1, p. 100-107, mar. 2010

NASCIMENTO, K. T. S. et al. **Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v. 18, n. 3, Jul-Set 2014.

ONCOGUIA. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estimativas-no-brasil/1705/1/>>. Acesso 11/11/2015

PAULA, J. M. et al. **Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo**. Rev. Latino Americana de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. 362-368 mar.-abr. 2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE/ UFSM. **Regimento interno**. Universidade Federal de Santa Maria. Outubro 2009.

ROMANZINI, A. E. et al. **Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora**. REME – Rev. Min. Enferm. v. 14, n. 2, p. 239-243, abr./jun., 2010

ROSA, D. M. **Percepção das necessidades de orientações para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos**. Centro Universitário Metodista Ipa. Monografia. Porto Alegre-RS, Brasil.2010.

SALLES, P. S.; CASTRO, R. C. B. R. **Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 44, n. 1, p. 182-189, 2010.

SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S. A. **O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico.** Enfermagem em Foco. v. 2, n. 3, p. 184-187, 2011

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. v. 15 n. 3 Nov. 2010

SILVA, M. S.; CASTRO, E. K.; CHEM, C. **Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** Universitas Psychologica v. 11, n. 1, p. 13-23, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO. Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/?page_id=362>. Acesso em 22/10/2015

TEIXEIRA, M. V. et al. **Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva.** R. Enferm. Cent. O. Min. v. 3, n. 2. p. 620-631, mai/ago, 2013

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**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: _____	Sexo: _____
Idade: _____ Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado Civil: _____
Escolaridade: _____	
Acompanhante no tratamento: _____	
Filhos: _____	
DIAGNÓSTICO: _____	

EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

1. Como você chegou até o hospital?
2. Como você se sentiu recebido no hospital? *(aqui já se sabe se foi acolhido ou não).*
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 duvidas 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 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 pra 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

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: Enf^aMs^aJucelaineArendBirr

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

APÊNDICE C - PROPOSTA DE ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES

ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES PERIOPERATÓRIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- Criar um espaço apropriado na Sala de Educação em Saúde, confortável e de confiança, para que usuário e acompanhante se sintam a vontade no ambiente.
- Apresentação da equipe multiprofissional para o usuário e acompanhante. De preferência que o acompanhante participe da orientação.
- Orientar ao paciente e familiar que podem a qualquer momento interromper a orientação para fazer colocações ou tirar dúvidas.
- Reforçar questões referentes à doação de sangue.
- Orientar sobre a importância do jejum para o procedimento, que ocorre a partir das 00:00 do dia do procedimento. Detalhar que nada pode ser ingerido, pois isso pode interferir na suspensão do procedimento.
- Banho deve ser tomado horas antes do horário marcado para o procedimento, evitar lavar o cabelo, exceto se tiver um secador de cabelo para secar. Retirar todos os adornos (anéis, relógios, brincos, pulseiras, prótese dentária), os quais devem ser entregues para o acompanhante para evitar que se percam. Após o banho vestir a roupa (avental próprio para bloco) sem nenhuma outra peça de roupa íntima. Não usar calçados quando for levado para o bloco.
- OBS: O horário marcado para a cirurgia pode atrasar ou ser adiantado, então sempre estar pronto antes do horário agendado. Atrasos podem ocorrer em decorrência do andamento do centro cirúrgico.
- O paciente é levado para o bloco na maca e o acompanhante pode seguir junto até a sala de espera do centro cirúrgico. OBS: Na sala de espera do bloco cirúrgico podem aguardar o procedimento até 5 acompanhantes.

- Os acompanhantes podem pedir informações para as secretárias do bloco sobre a cirurgia. Ao término da mesma o médico responsável chamará pelos acompanhantes para explicar como foi o procedimento e o estado clínico do paciente.
- Explicar ao paciente que após entrar no bloco cirúrgico ficará no corredor esperando a equipe terminar de organizar a sala de cirurgia.
- Informações sobre a o procedimento anestésico devem ser repassados, que o paciente não vai sentir dor durante o procedimento. Explicar que às vezes o paciente tem a necessidade de ser entubado. A entubação consiste na colocação de um tubo de tamanho apropriado introduzido pela boca até a traquéia. Quando acordar, a garganta poderá ficar um pouco dolorida.
- Após o término do procedimento paciente será encaminhado para Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Descrever a SRA para paciente quando acordar sentir-se situado. O tempo na SRA depende de cada paciente, cada organismo recupera no seu tempo da anestesia. Relatar que a equipe estará disponível para atender suas necessidades.
- O acompanhante que ficar no hospital pode se dirigir para o quarto junto ao leito do usuário para aguardar a alta anestésica do paciente e liberação anestésica para a unidade.
- O paciente somente será encaminhado à unidade após a liberação do médico anestesista.

Orientações sobre o procedimento cirúrgico

- Antes de iniciar a orientação do procedimento, promover um diálogo com usuário e acompanhante sobre o que sabem da patologia e da cirurgia.
- Para explicar o procedimento a ser realizado, utilizar os bonecos terapêuticos.

- Local e extensão aproximada da incisão

- Se o usuário tem plano de traqueostomia, detalhar sobre a mesma, qual a sua funcionalidade, a aspiração que será realizada conforme a necessidade do paciente e a sua importância.

- Se tiver plano de uso de via de alimentação alternativa (sonda nasoentérica, jejunostomia, gastrostomia) explicar o motivo do uso e a sua importância no pós-operatório.

- Demonstrar nos bonecos terapêuticos os drenos que o paciente poderá usar pós-cirurgia, e explicar qual o objetivo deles.

- Explicar que pode voltar do bloco com sonda vesical de demora, mas que é temporária.

Orientações pós cirurgia

- Orientar que se apresentar dor deve-se chamar enfermagem para administrar algum medicamento.

- Se não for possível deambular nos primeiros dias, é importante não ficar imóvel na cama, mexer os pés e braços, mudar de decúbito.

- Orientar quanto à importância da fisioterapia, na maioria das vezes ainda na sala de recuperação.

- Orientar o uso do papagaio, comadre.

- Em momentos de ansiedade estimulá-lo a respirar profundamente e que o psicólogo está disponível para conversar.

- Durante a permanência do usuário no hospital a equipe multiprofissional e médica devem realizar reuniões de clínica ampliada para promover o cuidado integral.
- Manter uma comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional para garantir a integralidade do cuidado.
- Durante as intervenções de cada núcleo interagir com paciente e familiar a fim de reforçar as orientações já ministradas.

OBS: Vale ressaltar, que o espaço da orientação pré-operatória é um momento onde o paciente e acompanhante devem ser instigados a participar, expor suas dúvidas, medos e anseios. O ambiente deve ser descontraído e de trocas mútuas, onde os sujeitos tem potencial crítico, transformador da realidade e são capazes de decidir a respeito de sua saúde.

Orientações para alta hospitalar

- Para a alta hospitalar deve-se realizar um planejamento individualizado pela equipe assistente para cada usuário conforme as suas necessidades e demandas, que deve ser iniciado tão logo haja condições clínicas do paciente.
- É importante que para as orientações de alta se possível os usuários estejam acompanhados de um familiar ou cuidador.
- Além das orientações de cada núcleo profissional sobre os dispositivos como SNE, traqueostomia, curativos, deve-se orientar sobre cuidados de higiene, o autocuidado, as relações de convivência, questões de aparência, autoestima dentre outros pontos que sejam de relevância para aquele usuário.

APÊNDICE D - FICHA DE CONTROLE DE ORIENTAÇÕES



Orientações Pré-operatórias da Equipe Multiprofissional da Unidade de Internação Cirúrgica

Nome: _____ N° Prontuário: _____

Data: _____ Clínica de internação: _____

Cirurgia prevista _____

ORIENTAÇÕES REALIZADAS

- | | |
|--|------------------------------|
| - Apresentação da equipe multiprofissional | - Jejum |
| - Doação de sangue | - Retirada de pertences |
| - Permanência de familiares | - Transporte até CC |
| - Horário da cirurgia | - Drenos |
| - Sondas | - Local da incisão cirúrgica |
| - Traqueostomia | - Ostomias |
| - Sala de recuperação | - Retorno a UR |

Percepções da orientação: _____

Profissionais que orientaram: _____

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGULAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL A PACIENTES COM NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO: "NÓ CRÍTICO" DO SUS.

Pesquisador: Jucelaine Arend Birrer

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 3

CAAE: 06493312.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Solicito orientação para submissão de uma nova emenda.

Data do Envio: 07/05/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.060.280

Data da Relatoria: 12/05/2015

Apresentação da Notificação:

Pela notificação o proponente informa que "o projeto intitulado Regulação do fluxo assistencial a pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: nó crítico do SUS atingiu [a]os objetivos propostos, no entanto, abriu outras demandas importantes no campo da saúde que julga-se necessário a continuidade das investigações interventivas. O presente projeto originou três trabalhos de conclusão de curso (TCP) sendo dois de natureza pesquisatório (sic!) e um interventivo conforme listados: - Cogestão do cuidado para o planejamento das ações e serviços de saúde dos usuários com câncer de boca - (pesquisa); - Conhecimento de dentistas e médicos sobre câncer de boca - (pesquisa); - A formação de um grupo de trabalho para a efetivação do processo de cogestão em saúde: um relato de experiência (intervenção)" e solicita orientação de como propor "uma nova emenda para dar continuidade as atividades."

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.060.280

Para dar continuidade ao trabalho, o proponente pode enviar emenda pela qual informa quais serão os novos sub-projetos vinculados a este projeto inicial. Deve apresentar os sub-projetos completos, bem como a documentação pertinente, em especial os termos de apresentação obrigatória.

Objetivo da Notificação:

.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

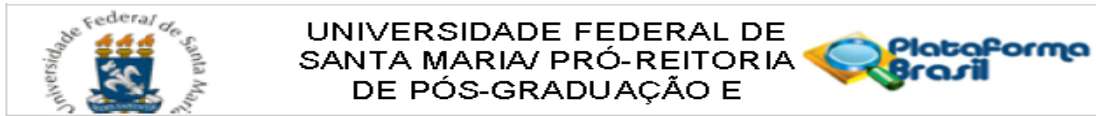
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.060.280

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 12 de Maio de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com