



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA

ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS

**A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E  
OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: um olhar sob o cuidado, autonomia e  
dignidade da pessoa humana**

Recife  
2020

ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS

**A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E  
OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: um olhar sob o cuidado, autonomia e  
dignidade da pessoa humana**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Cirurgia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestra em Cirurgia.

**Área de concentração:** Cirurgia Clínica e Experimental.

**Orientador:** Prof. Dr. Josimário João da Silva

Recife  
2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4 1010

S237c Santos, Elaine Cristina Bezerra dos.  
A comunicação humana em pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos: um olhar sob o cuidado, autonomia e dignidade da pessoa humana / Elaine Cristina Bezerra dos Santos. – 2020.  
77 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.  
  
Orientador: Josimário João da Silva.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia. Recife, 2020.  
Inclui referências, apêndices e anexos.  
  
1. Neoplasias bucais. 2. Neoplasias orofaríngeas. 3. Cuidados paliativos. 4. Comunicação. 5. Bioética. I. Silva, Josimário João da (Orientador). I. Título.

617.91

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2020-114)

**ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS**

**A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E  
OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR SOB O CUIDADO,  
AUTONOMIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Cirurgia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestra em Cirurgia.

Aprovada em: 29/04/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

( Participação por videoconferência)

Prof. Dr. Josimário João da Silva (UFPE – Orientador)

( Participação por videoconferência)

Profª. Dra. Coeli Regina Carneiro Ximenes (UFPE -Membro externo)

( Participação por videoconferência)

Prof. Dr. Euclides Dias Martins Filho (UFPE -Membro interno)

Dedico este trabalho a minha mãe, ao meu pai, ao meu noivo, a minha irmã e a minha linda sobrinha, eles que em todos os momentos permaneceram ao meu lado, me apoiando e acreditando em mim.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por tudo.

Aos meus pais (Eliel e Josiene) que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e vibrando por mais esta etapa conquistada em minha vida.

Agradeço ao meu noivo, meu companheiro de vida, Laerth, por compreender e dividir todos meus momentos de estresse e ausência. Obrigada pelo carinho e amor de todos os dias e por ser meu exemplo de dedicação e luta.

A minha irmã e sobrinha (meu anjo), Jaqueline e Ágatha, por me apoiarem em todas as minhas decisões e tirarem meus melhores sorrisos durante os momentos difíceis.

A minha família, que sempre esteve me apoiando em tudo, mesmo eu tão ausente. Obrigada!

Ao meu orientador, Josimário João, por ter apoiado e incentivado a realização deste projeto, pela paciência e dedicação durante as orientações. Agradeço as oportunidades em que aprendi com o grande mestre da bioética.

Aos pacientes do estudo e seus acompanhantes, que mesmo diante da fragilidade emocional e espiritual do adoecimento, contribuíram com a construção desta pesquisa.

Aos meus amigos, que apesar da distância continuaram ao meu lado e torcendo por mim.

Aos professores da Pós-Graduação em Cirurgia, pelos conhecimentos compartilhados.

À banca pela dedicação e contribuições oferecidas.

## RESUMO

O cuidado paliativo consiste de uma abordagem assistencial ao paciente sem possibilidade de cura e a sua família, tem por objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida a partir, essencialmente, de uma boa comunicação. Especificadamente, nos tumores de boca e orofaringe, na maioria das vezes, a comunicação oral encontra-se comprometida, dificultando as medidas de cuidado e interpretação dos sentimentos e vontades diante da terminalidade. Teve como objetivo compreender a influência dos distúrbios da comunicação em pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos sobre o cuidado, autonomia e dignidade humana. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, de caráter descritivo e de corte transversal. Composto por 53 pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos e onze cuidadores com idades a partir dos 18 anos. A coleta de dados foi realizada nos serviços de cuidados paliativos, ambulatório e enfermaria, de um hospital de referência em Recife. Aos pacientes foram aplicados três protocolos adaptados ao estudo: Intensive care unit communication screening protocol; Aphasia needs assessment protocol; e Questões relacionadas ao direito à informação. Para os cuidadores foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que posteriormente foram transcritas e apresentados em categorias. Houve maior prevalência do sexo masculino com média de idade aos 51,7 anos, aproximadamente, 76% utilizaram estratégias comunicativas não-verbais e 73,6% consideraram sua comunicação como ruim. Todos os sujeitos afirmaram que desejavam ser informados sobre sua doença e que não participavam das tomadas de decisões junto a equipe. Nos dados qualitativos, emergiram-se dois eixos temáticos: Distúrbios comunicativos e os impactos sobre a autonomia e tomadas de decisão; e repercussões sociais e de vida em indivíduos com distúrbios comunicativos associados aos tumores de boca e orofaringe. Todos os cuidadores referiram que as estratégias comunicativas não-verbais foram as mais prevalentes, e, associaram que esta limitação se apresentou negativamente sobre autonomia, interações sociais e relação com equipe-cuidadores. Concluiu-se que pacientes com tumores de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos apresentam maiores dificuldades comunicativas que refletem negativamente sobre sua autonomia e expressão de seus sentimentos, com isso, limitam a participação junto a equipe e familiares nas escolhas a serem realizadas antes de sua morte.

**Palavras-chaves:** Neoplasias bucais. Neoplasias orofaríngeas. Cuidados paliativos. Comunicação. Bioética.

## ABSTRACT

Palliative care consists of an assistance approach to the patient with no possibility of cure and his family, aims to provide a better quality of life based, essentially, on good communication. Specifically, in oral and oropharyngeal tumors, most of the time, oral communication is compromised, making it difficult to take care and interpret the feelings and wishes in the face of terminality. It aimed to understand the influence of communication disorders in patients with oral and / or oropharyngeal cancer in palliative care on care, autonomy and human dignity. This is a quantitative and qualitative, descriptive and cross-sectional study. Composed of 53 patients with oral and / or oropharynx cancer in palliative care and eleven caregivers aged 18 and over. Data collection was performed in palliative care, outpatient and infirmary services, at a referral hospital in Recife. Three protocols adapted to the study were applied to the patients: Intensive care unit communication screening protocol; Aphasia needs assessment protocol; and Issues related to the right to information. For caregivers, semi-structured interviews were conducted, which were later transcribed and presented in categories. There was a higher prevalence of males with an average age at 51.7 years old, approximately 76% used non-verbal communicative strategies and 73.6% considered their communication as bad. All subjects stated that they wished to be informed about their disease and that they did not participate in decision-making with the team. In the qualitative data, two thematic axes emerged: Communicative disorders and the impacts on autonomy and decision making; and social and life repercussions in individuals with communicative disorders associated with oral and oropharyngeal tumors. All caregivers reported that non-verbal communicative strategies were the most prevalent, and, they associated that this limitation was negatively on autonomy, social interactions and relationship with team-caregivers. It was concluded that patients with tumors of the mouth and / or oropharynx in palliative care have greater communicative difficulties that reflect negatively on their autonomy and expression of their feelings, thus limiting participation with the team and family in the choices to be made before your death.

**Keywords:** Mouth neoplasms. Oropharyngeal neoplasms. Palliative care. Communication. Bioethics.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Método

Quadro 1 -	Definições de termos das variáveis dependentes e independentes.....	26
Quadro 2 -	Escala de Performance: Karnofsky.....	28
Figura 1 -	Três fases de análise de conteúdo.....	32

### Resultados

Figura 2 -	Nuvens de palavras sobre as formas comunicativas para expressão de sentimentos e vontades.....	39
Figura 3 -	Unidades de registros sobre as análises sociais e emocionais dos pacientes com câncer de boca e orofaringe, na perspectiva do cuidador.....	41

## LISTA DE TABELAS

### Resultados

Tabela 1 - Perfil dos pacientes com tumores de boca e orofaringe.....	34
Tabela 2 - Distribuição das estratégias comunicativas .....	35
Tabela 3 - Correlação dos dados relativos ao direito à informação e o nível da comunicação.....	36
Tabela 4 - Distribuição dos dados sociodemográficos e o tempo de acompanhamento junto ao tratamento oncológico dos cuidadores.....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
CCP	Câncer de cabeça e pescoço
CECP	câncer escamocelular de cabeça e pescoço
CEO	Carcinoma Escamocelular Oral
CID	Código Internacional de Doenças
HCP	Hospital de Câncer de Pernambuco
HPV	<i>human papiloma vírus</i>
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
ICUCS	<i>intensive care unit communication screening protocol</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
KPS	Karnofsky Performance Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	termo de consentimento livre e esclarecido
TNM	Classificação internacional para o tamanho do tumor, linfonodos regionais e presença de metástase.
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
INCA	Instituto Nacional do Câncer
RT	Radioterapia
QT	Quimioterapia
SLD	Sobrevida livre de doença
UICC	International Union Against Cancer

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
4.1	Câncer de boca e orofaringe.....	18
4.2	Cuidados paliativos.....	20
4.3	Comunicação.....	22
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
5.1	Desenho do estudo.....	24
5.2	Fluxograma da pesquisa.....	24
5.3	Local e período da pesquisa.....	24
5.4	População da pesquisa.....	24
5.5	Tipo e Processo de Amostragem.....	25
5.6	Critérios de elegibilidade.....	25
5.7	Definição de Termos e das Variáveis.....	26
5.8	Coleta de dados.....	27
5.8.1	<i>Investigação dos critérios de elegibilidade.....</i>	<i>27</i>
5.8.2	<i>Aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....</i>	<i>29</i>
5.8.3	<i>Revisão prontuário.....</i>	<i>29</i>
5.8.4	<i>Aplicação do instrumento de coleta.....</i>	<i>29</i>
5.9	Análise dos dados.....	31
5.10	Aspectos éticos.....	33
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b>	
	<b>ESCLARECIDO (PACIENTE).....</b>	<b>61</b>

<b>APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ACOMPANHANTE).....</b>	<b>63</b>
<b>APENDICE C – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA (PACIENTE).....</b>	<b>65</b>
<b>APENDICE D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA (ACOMPANHANTE).....</b>	<b>66</b>
<b>APENDICE E – QUESTÕES SUBJETIVAS SOBRE AS HABILIDADES E ESTRATÉGIAS COMUNICATIVAS DO CUIDADOR.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO A - ADAPTAÇÃO DO INTENSIVE CARE UNIT COMMUNICATION SCREENING PROTOCOL.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO B – ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO APHASIA NEEDS ASSESSMENT.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO C – QUESTÕES RELACIONADAS AO DIREITO À INFORMAÇÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO E – CERTIFICADO DE PREMIAÇÃO DO TRABALHO CIENTÍFICO.....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte.”

*Cicely Saunders*

Questões de cunho pessoal e profissional me motivaram a desenvolver pesquisa sobre a comunicação humana, mais especificadamente nos cuidados paliativos. Guiada por dificuldades na prática clínica e sua complexidade no cuidado, sempre enxerguei que os indivíduos com câncer avançado de boca e orofaringe apresentavam fragilidades nos aspectos comunicativos, com impactos biopsicossociais e sem achados científicos que conduzissem a prática clínica baseada em evidências.

Portanto, o fascínio desta pesquisa foi entender as demandas comunicativas desta população, numa perspectiva integral e bioética.

O câncer tem atingido uma parcela significativa da população mundial, apresentando-se nos últimos levantamentos epidemiológicos como uma das principais causas de morte. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 18 milhões de pessoas receberam o diagnóstico nosológico de doença oncológica em 2018. Seguindo esta projeção, a incidência deve aumentar em 63% em 2040, correspondendo à 29 milhões de pessoas (JEMAL et al., 2019).

Segundo dados do Globocan (2018), os tumores localizados na cabeça e pescoço ocuparam o terceiro lugar na incidência dos tumores em 2018, sendo equivalente à 1.454.892 novos casos. Desses, os tumores de lábio, cavidade oral e de orofaringe corresponderam à 320.892 novos casos em homens e 126.859 em mulheres. Com altas taxas de mortalidade, registrando 169.374 óbitos de homens com este diagnóstico e 51.005 nas mulheres (BRAY et al., 2018).

No Brasil, segundo dados do INCA (Triênio 2020-2022), estima-se 11.180 casos novos em homens e 4.010 em mulheres, ocupando a quinta e décima terceira posições entre os tumores mais prevalentes nesta população, respectivamente (INCA, 2019).

Assim, os tumores localizados na cavidade oral ou orofaringe são classificados como doença crônica, multifatorial, que resulta em alta morbidade e mortalidade (JEMAL et al.,

2019). Apesar dos avanços tecnológicos, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a falta de informação e vulnerabilidade social seguem aumentando a incidência do diagnóstico tardio, limitando as possibilidades terapêuticas curativas (SOUSA et al., 2019).

O cuidar em saúde num contexto de uma doença crônica como o câncer é um desafio ainda pouco conhecido e estudado, este deve ser desenvolvido de forma multidimensional, integral. O modelo de atenção à saúde direcionada tanto aos indivíduos com diagnóstico de uma doença progressiva e sem cura quanto à sua família é conhecido mundialmente como cuidados paliativos (SILVA; HORTALE, 2006; SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

O cuidado paliativo é definido como uma abordagem com foco na qualidade de vida dos pacientes, seja adulto ou pediátrico, e de seus acompanhantes/cuidadores que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Prevenindo e aliviando os sofrimentos destes, através da identificação precoce, avaliação e tratamento dos sintomas, tanto dos problemas físicos, como psicossociais e/ou espirituais (WHO, 2017).

De forma geral, pacientes com câncer de boca e orofaringe em cuidados paliativos, apresentam efeitos colaterais, imediatos ou tardios por exposição aos tratamentos oncológicos, levando a alterações morfológicas e/ou funcionais. Em concordância, quando não há proposta terapêutica eficaz ou recidiva de doença, o próprio crescimento tumoral desordenado gera deformações nestas estruturas conferindo prejuízos à comunicação humana (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012; AQUINO et al., 2018).

Segundo *The Joint Commission* (2010), a comunicação vulnerável é definida da seguinte forma:

“Qualquer falha que ocorra no processo de comunicação entre o paciente e seu interlocutor, levando a desautorização ou privação do indivíduo em participar, ativamente, de sua recuperação, desde a admissão até a alta hospitalar” (THE JOINT COMMISSION, 2010).

A comunicação em cuidados paliativos, particularmente, constitui-se um elemento diagnóstico e terapêutico, permitindo identificar demandas assistenciais e acolhimento através do suporte de uma equipe multiprofissional. Além disto, significa um princípio natural, capaz de unir um ser ao outro, consiste da percepção consciente e inconsciente dos atos expressivos dos envolvidos (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

A comunicação é um elemento extremamente importante nos cuidados paliativos, sendo considerado um elemento ético eficaz na relação com o paciente, promovendo-lhe a possibilidade de autonomia diante do adoecimento e fragilidades (ABREU; FORTES, 2014).

Segundo Abreu e Fortes (2014), a comunicação procura resgatar valores éticos e humanos, e dentre eles, a autonomia individual. Esta é um dos princípios basilares da Bioética, significa capacidade de se autogovernar, capacidade de realizar suas escolhas e vontades. Para isto, é necessário que o indivíduo tenha intenção e liberdade para agir. Para ter autonomia, o sujeito precisa conhecer suas possibilidades diante do adoecimento, pois sem compreensão não há autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Dentre os modelos que trabalham as questões bioéticas, o mais conhecido é paradigma principialista de Tom Beauchamp e James Childress os quais são: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Esses princípios não obedecem a uma hierarquia entre eles, sendo que sua aplicação apresenta resultados positivos a respeito da dignidade humana (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008).

Nesse sentido, o estudo sobre a comunicação humana com pacientes em cuidados paliativos com tumores de boca e orofaringe visa entender as estratégias de cuidados que vem sendo realizadas na perspectiva do paciente, compreendendo assim, os limites presentes nos aspectos comunicativos que interferem diretamente no cuidado. Como também, explorar a perda da autonomia e da *persona* humana no processo do adoecimento em estágio avançado.

Pergunta condutora:

Como os distúrbios comunicativos em pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos pode influenciar no cuidado, na autonomia e na dignidade da pessoa humana?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral:

- Compreender a influência dos distúrbios da comunicação em pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos sobre o cuidado, autonomia e dignidade humana.

### 2.2 Específicos:

- Desenhar o perfil dos pacientes com tumores de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos;
- Correlacionar os distúrbios comunicativos com o cuidado, autonomia e dignidade humana dos pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos;
- Conhecer as dificuldades comunicativas dos pacientes com tumores de boca e/ou orofaringe em estágio avançado na perspectiva do cuidador.

### 3 HIPÓTESES

**H0:** Os distúrbios comunicativos em pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos não influenciam no cuidado, na autonomia e na dignidade da pessoa humana.

**H1:** Os distúrbios comunicativos em pacientes com câncer de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos influenciam no cuidado, na autonomia e na dignidade da pessoa humana.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Câncer de boca e orofaringe.

Nas últimas décadas, tem se verificado a progressiva ascensão das doenças crônico-degenerativas, dentre elas, o câncer. Este é caracterizado por um grupo de doenças com crescimento descontrolado e disseminação de células anormais (BONFANTE et al., 2014).

Embora o motivo pelo qual a doença se desenvolva seja desconhecido para muitos cânceres, particularmente aqueles que ocorrem durante a infância, existem algumas causas já conhecidas, incluindo fatores de estilo de vida, como tabagismo, etilismo e excesso de peso, e fatores não modificáveis, como herança genética hereditária, mutações, hormônios e condições imunológicas. Esses fatores de risco podem agir simultaneamente ou em sequência para iniciar e/ou promover o crescimento do câncer (GILYOMA et al., 2015; DEUSDEDIT et al., 2016).

Os tumores malignos localizados na região de cabeça e pescoço podem ocorrer na cavidade nasal, seis paranasais, nasofaringe, hipofaringe, orofaringe, orelha, couro cabeludo, cavidade oral e glândulas salivares. Constitui-se do principal grupo de tumores mais frequentes em todo o mundo, com incidência aproximada de meio milhão de casos por ano (GILYOMA et al., 2015).

Sabe-se, ainda, que estes tumores representam aproximadamente 5% de todas as neoplasias e atinge cerca de 1,7% da população brasileira (VILAR; MARTINS, 2012).

De acordo com Colombo e Rahal (2009), o principal fator etiológico para o desenvolvimento de câncer escamocelular de cabeça e pescoço (CECP) é o consumo combinado de tabaco e álcool, com risco aumentado para 65% de desenvolver o câncer de boca.

Segundo Vilar e Martins (2012) O câncer de cabeça e pescoço (CCP) acomete ambos os sexos e todas as raças, sendo até 3 a 4 vezes mais frequentes em homens do que em mulheres e mais comum em negros e asiáticos. A incidência do CCP aumenta com a idade e sua ocorrência é maior em pessoas acima de 50 anos. O aumento de incidência em mulheres foi observado nos últimos anos e é atribuído ao aumento do tabagismo e etilismo entre elas.

No contexto mundial, bem como no Brasil, a proporção de câncer da cavidade oral vem aumentando a cada ano. Nos estados Unidos, estimou-se que aproximadamente 1,7 milhão de novos casos de câncer ocorreram em 2018, dentre eles, mais de 33.000 ocorreram na cavidade

oral, sendo 22.900 novos casos em homens e 10.100 nas mulheres, sobretudo na língua (WHO, 2019).

Sabe-se ainda que não há consenso na literatura nacional e internacional sobre quais estruturas compõem o câncer na cavidade oral, desta forma, são considerados tumores nesta região, as lesões localizadas nos lábios, boca, glândulas salivares e orofaringe (INCA, 2020).

Estimam-se para o Brasil, no biênio de 2018-2019, 11.200 novos casos de câncer de boca em homens e 3.500 em mulheres. Esses valores equivalem-se a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens e de 3,28 novos casos para cada 100 mil mulheres. Ocupando assim, a 5ª e 12ª posições entre todos os cânceres (INCA, 2017).

Segundo INCA (2017), o câncer de cavidade oral em homens é o quarto mais frequente nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, sendo 13,77 e 9,72 a cada 100 mil, respectivamente, e na região nordeste ocupa a quinta posição (6,72/100 mil). Seguidos das regiões Sul e Norte do País, ocupando a sexta posição.

Para as mulheres, ocupa o décimo primeiro sítio oncológico mais frequente na região Nordeste (3,12/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste e Norte, ocupam a décima segunda colocação dos tumores mais frequentes, sendo de 2,96 e 1,78 a cada 100 mil habitantes. Por ultimo, as Regiões Sudeste e Sul ocupando a 13ª e 15ª nas posições dos tumores mais frequentes (INCA, 2017).

O tratamento padrão, em sua maioria, para os casos de CCP é o procedimento cirúrgico que tem como objetivo erradicar a doença. Existem outros métodos que podem ser associados ao tratamento ou como abordagem inicial, incluem-se radioterapia ou quimioterapia, esta última menos comum nos casos de tumores em cabeça e pescoço (MOZZINI; SCHUSTER; MOZZINI, 2007; HUIT, 2011).

A literatura segue apresentando importantes fatores para o surgimento do Carcinoma Escamocelular Oral (CEO), como infecções por *human papiloma vírus* (HPV), principalmente pelo tipo 16, exposição à radiação ultravioleta (câncer de lábio) e dieta. Diante disto, o diagnóstico precoce é o meio mais eficaz para melhorar o prognóstico do câncer e conseqüentemente aumentar a taxa de sobrevivência do paciente (INCA, 2015; BONFANTE et al., 2014).

O CEO é o tipo de tumor mais prevalente e agressivo na região de cabeça e pescoço e com o pior prognóstico. A taxa média de sobrevida livre de doença de 5 anos em Câncer de boca é de aproximadamente 65%, sendo menor na população negra (48%) do que em brancos (66%). Além disso, estudos indicam que a sobrevida é maior para pessoas que apresentem a infecção pelo HPV positivo. E menos de 30% dos casos são diagnosticados em estágio inicial da doença, para os quais a sobrevida em 5 anos é de 84% (BONFANTE et al., 2014).

Apesar dos avanços nos métodos diagnósticos e modalidades de tratamento combinados nos tumores de boca e orofaringe, a taxa de sobrevida não melhorou significativamente ao longo dos últimos 30 anos e continua a ser uma das mais baixas entre os principais tipos de câncer (PAPAGERAKIS et al., 2014).

Assim, torna-se importante reforçar que à medida que a doença oncológica avança, a vigência do tratamento curativo diminui e a abordagem paliativa deve ser ampliada. Esta medida visa cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, visando prestar cuidados ativos e integrais diante da doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da vida (INCA, 2015).

#### 4.2 Cuidados paliativos.

Nas últimas décadas houve o aumento progressivo do envelhecimento populacional, em concordância, surge o crescimento das doenças crônicas, como o câncer (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). As projeções populacionais (transição demográfica) preveem aumento na população idosa, com mais de 65 anos de idade no Brasil até 2050, representando a expansão da população de 13% em 2018 para 32% em 2050 (IBGE, 2018).

Concomitantemente ao crescimento populacional, ampliou-se os métodos em saúde que objetivam o aumento da expectativa de vida por meio de ferramentas de suporte terapêutico invasivo e mecânico. Sabe-se que tais estratégias, na maioria das vezes, mantém o ser vivo dependente de equipamentos, sem expectativa prognóstica, acarretando em maiores prejuízos à família e aos profissionais de saúde (ANCP, 2012).

Sendo assim, tanto para o crescimento populacional quanto para o suporte terapêutico invasivo as doenças avançadas, torna-se necessário aplicação de políticas que defendam a implantação de cuidados paliativos, visando dar qualidade de vida a esses indivíduos, sem prolongamento de sofrimento e dor (FROSSARD, 2016).

A filosofia dos cuidados paliativos originou-se na Inglaterra por Cicely Saunder, em 1967. Ela disseminou o conhecimento sobre cuidar dos pacientes que vivenciavam a terminalidade ou morte iminente. Tais cuidados visam compreender, de forma integral, as necessidades do paciente diante do avançar da doença e suas limitações (SANTOS, 2011).

Ao final de 2018, a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) atualizou a última definição de cuidados paliativos desde a última publicação pela OMS em 2002, definindo como:

“Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores” (IAHPC, 2019).

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios (ANCP, 2012). Uma das maiores dificuldades dentro da medicina paliativa é defender que a morte é parte do processo fisiológico da vida e que, quando iniciado seu processo, cursa de forma irreversível (HERMES; LAMARCA, 2013).

O desafio constante é a boa avaliação do doente e a identificação de parâmetros que defendam a clínica e o diagnóstico mais precocemente possível. É preciso que os profissionais que compõem o sistema de saúde, reconheçam que a abordagem paliativa se dar desde o diagnóstico da doença ameaçadora da vida e que se caminha concomitante ou isoladamente aos tratamentos intervencionistas (ANCP, 2012).

Para isso, é fundamental que o profissional e a família do paciente que vivencia uma doença ameaçadora da vida, compreendam e empreguem uma comunicação eficaz, seja ela verbal ou não-verbal. É a partir destas manifestações que permitimos compreender os sentimentos, angústias, medos e dúvidas do paciente. Na comunicação não-verbal podemos incluir gestos, expressões, olhares e linguagem simbólicas característica de quem está enfrentando o adoecimento (HERMES; LAMARCA, 2013).

A assistência ao cuidado Paliativo é responsabilidade de uma equipe multiprofissional. Os profissionais de saúde devem sempre conhecer e adaptar alternativas comunicativas, quando comprometidas, buscando interação eficaz entre família – paciente – equipe, mantendo o paciente capaz de expressar sua autonomia e garantir suas relações sociais, no entanto, para ter autonomia o sujeito precisa compreender sua doença e ter condições comunicativas adequadas

(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012; O'REILY; WALSHE, 2015).

Assim podemos compreender que a comunicação adequada constitui como base nos cuidados paliativos, além de fortalecer os relacionamentos interpessoais entre paciente, profissional, família e seus cuidadores (O'REILY; WALSHE, 2015).

#### 4.3 Comunicação humana.

A comunicação humana é elemento fundamental no cuidado, esta é empregada a partir de técnicas e/ou estratégias de relações interpessoais. A comunicação dos pacientes com a equipe de saúde é considerada medida terapêutica eficaz, que permite ao paciente expressar seus desejos, medos, vontades e sofrimentos, contribuindo para melhorar o cuidado/assistência e manutenção da sua autonomia (ANCP, 2012; FROSSARD, 2016).

A comunicação interpessoal e as relações do paciente com a equipe de saúde e seus cuidadores são ferramentas essenciais no cuidado e no apoio aos momentos mais difíceis. O paciente deve ser compreendido em todas suas dimensões, seja física, espiritual e/ou social. Autores afirmam que a comunicação permite que o paciente se sinta cuidado, amparado, ouvido e compreendido por todos que o cuidam (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Além da capacidade técnica de diagnosticar e tratar doenças, o profissional de saúde empático e compassivo faz com que as necessidades do paciente sejam ouvidas e que, quando na fase de fim de vida, sejam empregadas da melhor forma possível. Os pacientes na terminalidade esperam encontrar profissionais empáticos, humildes e que exercem respeito sobre suas decisões, sendo a comunicação o centro destas práticas (SAVIETO; LEÃO, 2016).

As circunstâncias do tratamento do câncer, as internações, assim como o seguimento ambulatorial, expõem o indivíduo à dor, ao sofrimento e provocam o afastamento do convívio social e familiar. E como a comunicação se constitui de elementos pessoais e sociais, o cenário diante do adoecimento interfere nesta capacidade e no desejo comunicativo do paciente junto aos familiares, cuidadores e equipe de saúde (BORGES; LIMA; DUPAS, 2016).

Os principais tumores que apresentam prejuízos significativos à comunicação são, os tumores cerebrais, os tumores de laringe, os tumores de boca e outros tumores da região da cabeça e pescoço. A comunicação é de suma importância para o tratamento e qualidade de vida desses pacientes (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012; CHUN, 2009).

Os sistemas de comunicação podem auxiliar ou suplementar, variando de acordo com as particularidades de cada pessoa. As habilidades do paciente em se comunicar e participar do seu tratamento influencia na forma como as decisões sobre sua saúde são tomadas (BORGES; LIMA; DUPAS; GOMES, 2016; PELOSI; NASCIMENTO, 2018).

Assim, a comunicação se manifesta como um processo complexo e dinâmico, constituindo uma troca de sentimentos e necessidades entre duas ou mais pessoas, seja realizada pela linguagem oral, gestual, gráfica e/ou escrita, promovendo a interação e troca de informações (BORGES; LIMA; DUPAS, 2016; GOMES, 2016; PELOSI; NASCIMENTO, 2018; EVARISTO; ALMEIDA, 2018). Portanto, o foco principal é a pessoa com complexa necessidade comunicativa que almeja expressar seus desejos e ideias, desenvolver relacionamentos e ampliar sua participação social (CESA; MOTA, 2017).

Além disso, na nossa macrorregião (Pernambuco), o baixo perfil socioeconômico influencia desde o diagnóstico tardio, como também, na perda da autonomia devido às limitações estratégicas no uso da linguagem, além disso, o nível de escolaridade limita o sujeito à expressão de seus sentimentos e vontades através da escrita.

Por tanto, a perda ou dificuldade comunicativa apresentam impactos diretamente no cuidado centrado a pessoa, visto que na complexidade do cuidado, visualizamos o sujeito como autor nas tomadas de decisões, com autonomia, exercendo sua dignidade por meio da comunicação, seja esta verbal e/ou não verbal.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, de caráter descritivo e de corte transversal.

### 5.2 Fluxograma da Pesquisa



### 5.3 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP)<sup>1</sup> no período de julho a dezembro de 2019.

A Instituição é referência em Oncologia para o estado de Pernambuco com capacidade para 274 leitos. Está localizada no município de Recife, com atendimentos diários de 1.200 procedimentos, entre cirurgias, consultas médicas, atendimentos multiprofissionais e sessões de radioterapia e quimioterapia.

A instituição é referência no atendimento ao câncer de cabeça e pescoço, e corresponde cerca de 80% de todos os atendimentos a esta população.

Sobre o serviço onde a pesquisa foi realizada, o setor de cuidados paliativos do HCP é composto por 16 leitos de internação e pelo serviço ambulatorial, Hospital Dia.

<sup>1</sup> Todos os dados foram coletados em uma única instituição, pois não foi possível a realização da coleta de dados na segunda instituição de referência da região metropolitana do Recife no tratamento de câncer, sendo exigido, no ato da submissão ética, um profissional desta instituição como membro da equipe de pesquisa.

Os atendimentos ambulatoriais são diários, direcionado ao atendimento de pacientes desospitalizados para controle de sintomas (dor, constipação, êmese entre outros).

#### 5.4 População da Pesquisa

A amostra foi estimada, inicialmente, em 72 pacientes, considerando uma população de 87 indivíduos, nível de confiança de 95% e margem de erro à 5%. Esses valores foram estimados a partir do levantamento junto aos indicadores do serviço, pois não há referência na literatura semelhante a população estudada.

Em relação aos cuidadores, a amostra final foi composta por 11 sujeitos, respeitando-se os critérios de seleção da abordagem qualitativa descrita por Bardin (1977), ou seja, sob os critérios de saturação teórica. Este modelo sugere a realização de entrevista com número suficiente até que haja reincidência dos eventos e a confirmação que os participantes já ofereceram informações suficientes e consistentes aos objetivos do estudo (FONTANELLA et al., 2011).

#### 5.5 Tipo e Processo de Amostragem

A amostra por conveniência.

#### 5.6 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão:

Paciente:

- Pacientes com tumores localizados na cavidade oral e/ou orofaringe em cuidados paliativos confirmado em prontuário;
- Com declínio da escala de performance de Karnofsky menor a 20% que impossibilitasse proposta de tratamento modificador;
- Com idade igual ou superior à 18 anos;
- Em acompanhamento com o serviço de cuidados paliativos do HCP;
- Paciente com alguma adaptação comunicativa, como gestos, escrita, desenho, comunicação alternativa, fala/articulação e/ou movimentos cervicais (sim e não);
- Que deram seu consentimento.

Acompanhante:

- Acompanhante/cuidador de pacientes com diagnóstico de tumor de boca e/ou orofaringe em cuidados paliativos há mais de 2 meses;
- Que deram seu consentimento.

Critérios de Exclusão:

Paciente:

- Paciente com comprometimento neurológico;
- Distúrbios comportamentais graves;
- Com metástase para o sistema nervoso central;
- Paciente com dor forte (análise subjetiva);
- Que não utilizasse nenhuma estratégia comunicativa para compreensão de suas escolhas.

Acompanhante:

- Transtorno e/ou doença mental.

### 5.7 Definição de Termos e das Variáveis

A seguir, estão descritas as variáveis dependentes e independentes do estudo, e suas variáveis categóricas (quadro 1).

**Quadro 1-** Definições de termos das variáveis dependentes e independentes.

<b>Idade</b>	Definido como o período de tempo que serve de referencial, contado do nascimento até data atual.	Variável quantitativa contínua
<b>Sexo</b>	Definido como uma categoria de grupos complementares (masculino e feminino).	Variável qualitativa nominal dicotômicas
<b>Câncer de boca</b>	Neoplasia Maligna que acomete as regiões da cavidade oral.	Variável qualitativa nominal dicotômicas
<b>Câncer de Orofaringe</b>	Neoplasia Maligna que acomete a região da orofaringe.	Variável qualitativa nominal dicotômicas
<b>Comunicação</b>	A troca ou transmissão de ideias, atitudes ou crenças entre indivíduos ou grupos.	Variável qualitativa nominal policotômicas
<b>Autonomia</b>	Aptidão ou competência para gerir sua própria vida, valendo-se de seus próprios meios, vontades e/ou princípios. Direito ao livre arbítrio que faz com que qualquer indivíduo esteja apto para tomar suas próprias decisões.	Variável qualitativa nominal dicotômicas

<b>Performance status de Karnofsky - KPS</b>	O índice de Karnofsky descreve os níveis crescentes de atividade e independência com valores que variam de 0 a 100. Zero indica morte e 100, o nível normal de desempenho físico e aptidão para realizar atividades normais (BONASSA; SANTANA, 2005)	Variável Quantitativa discreta
<b>Cuidados Paliativos</b>	Conjunto de práticas em saúde que tem por finalidade oferecer qualidade de vida e morte digna aos pacientes sem proposta de tratamento modificador da doença.	Variável qualitativa nominal dicotômicas
<b>Cuidado</b>	Cuidado é a ação de cuidar (preservar, guardar, conservar, apoiar, tomar conta). O cuidado implica ajudar os outros, tentar promover o seu bem-estar e evitar que sofram de algum mal.  No contexto do estudo, o ato comunicativo emergiu como primordial no cuidado.	Variável qualitativa nominal dicotômicas
<b>Dignidade da pessoa humana</b>	“[...] pessoa humana, pela condição natural de ser, com sua inteligência e possibilidade de exercício de sua liberdade, se destaca na natureza e diferencia do ser irracional. Estas características expressam um valor e fazem do homem não mais um mero existir, pois este domínio sobre a própria vida, sua superação, é a raiz da dignidade humana. Assim, toda pessoa humana, pelo simples fato de existir, independentemente de sua situação social, traz na sua superioridade racional a dignidade de todo ser.”	Variável qualitativa nominal dicotômicas

T= Tamanho do tumor; N= Linfonodos regionais presentes; M=Presença ou ausência de metástase.

Fonte: a autora, 2020.

## 5.8 Coleta de Dados.

### 5.8.1 Investigação dos critérios de elegibilidade

A busca pela população de estudo foi realizada na enfermaria e no ambulatório do serviço de cuidados paliativos, conforme os critérios de elegibilidade. À nível ambulatorial foram realizadas as leituras das fichas de todos os pacientes em atendimento. Essas fichas são preenchidas diariamente pelo serviço ambulatorial, hospital dia, contendo o nome, registro, diagnóstico, KPS e classificação de abordagem paliativa exclusiva ou não.

Aos pacientes internados foram acompanhados os registros diários de admissão, incluindo no recrutamento os sujeitos e seus acompanhantes elegíveis para coleta de dados.

Devido à falta de registro médico de cuidados paliativos “exclusivos” em prontuário, enxergou-se a necessidade de mudanças nos critérios de elegibilidade para os pacientes, onde foram incluídos pacientes com queda da *performance status* através da escala de Performance de Karnofsky- KPS, além disso, foram excluídos cinco pacientes que referiram, subjetivamente, dor forte no momento da coleta de dados. Desta forma, a população final do estudo foi composta por 53 pacientes.

O registro do KPS é realizado em todas as avaliações e reavaliações dos pacientes oncológicos na instituição e sem possibilidade de tratamento modificador da doença oncológica, como apresentado no quadro 2.

#### Quadro 2- Escala de Performance: Karnofsky.

100	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.
90	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realiza suas atividades com esforço.
80	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço.
70	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar.
60	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar.
50	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40	Necessita de cuidados médicos especiais.
30	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
40	Necessita de cuidados médicos especiais.
30	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20	Muito doente, necessita suporte.
10	Moribundo, morte iminente.
0	Morte

Fonte: própria autora, 2020.

As pontuações de desempenho variam de 0 a 100, quanto mais alta a pontuação, maior é a habilidade funcional para realização das atividades comuns. Também é utilizada para determinar o prognóstico clínico e para desenho da curva temporal evolutiva da doença (CABIANCA et al, 2017).

Para autores (KARNOFSKY; BURCHENAL, 1949; GRIECO; LONG, 1984; PUIGGRÒS et al., 2009), a escala de performance de Karnofsky avalia o desempenho funcional do paciente em tratamento oncológico, atualmente, é amplamente utilizado para análise da possibilidade do tratamento quimioterápico pela tolerância à toxicidade do mesmo, assim como, da avaliação prognóstica e da capacidade funcional desses pacientes. Quanto menor o valor,

pior a condição clínica avaliada, desta forma, para o estudo, pacientes com KPS menor que 20% foram excluídos, pois apresentam grandes vulnerabilidades de ordem física e psicológica, podendo trazer ao estudo informações pouco representativas e que enviesassem a amostra.

A partir desta busca inicial, os voluntários foram convidados a participarem da pesquisa através da leitura na íntegra do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Aos voluntários que deram seu consentimento, deu-se seguimento as outras etapas do estudo, como descrito a seguir:

#### *5.8.2 Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*

Para todos os voluntários elegíveis para o estudo (paciente e acompanhante) foram lidos e esclarecidos o TCLE. O documento consta de informações detalhadas sobre o estudo, conforme apêndices A e B. Foram apresentados os riscos e benefícios da pesquisa, e aos voluntários que concordaram em participar do estudo, assinaram o TCLE como forma de compreensão e aceitação dos termos estabelecido no mesmo.

Foi dito aos voluntários que eles poderiam se recusar a realização da pesquisa ou desistir a qualquer momento da coleta de dados, sem danos à assistência e/ou acompanhamento na instituição.

#### *5.8.3 Revisão do prontuário:*

Correspondeu a primeira fase da busca as informações clínicas. Foi realizada a revisão de todos os prontuários dos voluntários que aceitaram participar do estudo, tanto a nível ambulatorial quanto internação.

Foram coletados dados da história clínica, como diagnóstico nosológico, tempo de tratamento oncológico e escala de Performance Karnofsky, bem como definição de acompanhamento exclusivo pelo serviço de cuidados paliativos.

Também foram coletados dados sobre sexo, idade, escolaridade e tempo de seguimento oncológico (APÊNDICE C). Semelhante ao exposto, no questionário para o cuidador foram coletados dados sociodemográficos, grau de parentesco e tempo de acompanhamento junto ao paciente no tratamento (APÊNDICE D).

#### 5.8.4 Aplicação dos Instrumentos de Coleta.

Para sistematização das informações foram utilizados três questionários quantitativos (não validados) sobre as habilidades e estratégias comunicativas na percepção do paciente. E realizado junto aos cuidadores, uma entrevista semiestruturada, registro-as através de mídia eletrônica e, posteriormente, transcritas na íntegra e analisadas pela técnica análise de conteúdo, apresentados em duas categorias.

- **Questionários aplicado ao paciente:**

1. *Adaptação do intensive care unit communication screening protocol*

O *intensive care unit communication screening protocol* (ICUCS) de Yorkston (1992) tem por objetivo avaliar as funções motoras orais, habilidades da expressão da fala, da linguagem compreensiva e estratégias de comunicação. Adaptado e traduzido ao português (ANEXO A). Este protocolo foi adaptado ao português do Brasil pela pesquisadora Zaquieu (2018).

Apesar de todos os itens para análise das questões comunicativas presentes no ICUCS, ao estudo, utilizou-se apenas o tópico “estratégias verbais e não-verbais utilizadas na sua comunicação” para verificação da utilização de uma habilidade comunicativa viável para compreensão de suas escolhas e participação nas etapas da pesquisa.

2. *Adaptação do protocolo aphasia needs assesment*

A ferramenta foi desenvolvida para avaliação de qualidade de vida em pacientes afásicos. No entanto, esta ferramenta abrange questões de apoio e intenções comunicativas para ajudar indivíduos que possam ter dificuldades com compreensão, linguagem escrita, leitura e dificuldades expressivas, conforme anexo B. Adaptado e traduzido ao português (HENSON, 2016).

O protocolo desenvolvido por Henson (2016) é formado por uma escala visual com textos simples e formado por perguntas diretas. Para o autor, este formato de pergunta é mais facilmente compreendida por indivíduos com compreensão e dificuldade no processamento da linguagem.

Este protocolo foi adaptado a pesquisa, sendo utilizado apenas a pergunta sobre como o sujeito classificava sua comunicação numa escala de 1 ao 5, sendo do pior ao melhor,

respectivamente. As categorias foram descritas da seguinte forma: Ruim=1 e 2; Média= 3 e 4; Boa=5.

### 3. *Questões relacionadas ao direito à informação*

Esta ferramenta visa reconhecer, com respeito à autonomia e dignidade, os fatores relacionados à informação sobre a doença, decisões na saúde, dentro da legalidade vigente, sobre o tratamento e alguns aspectos relacionados às circunstâncias do curso de vida (ANEXO C) (ABREU; FORTES, 2014).

Este protocolo também foi adaptado a esta pesquisa, sendo selecionado previamente 10 perguntas objetivas e diretas que abrangessem o máximo de informações sobre a percepção do sujeito sobre sua participação e escolhas nas decisões em saúde, autonomia e participação da equipe nas informações sobre sua doença.

- **Questões subjetivas aplicadas ao acompanhante:**

Foram direcionadas três perguntas de cunho qualitativo aos acompanhantes. Para seus registros foi utilizado um gravador próprio para posterior transcrição dos dados na íntegra. Os dados foram coletados em um espaço reservado, sem possível escuta pelo paciente.

As perguntas referiram-se às dificuldades comunicativas apresentadas pelo paciente, as estratégias utilizadas para compreensão da comunicação cuidador-paciente e sobre o impacto das alterações comunicativas na vida do doente (APÊNDICE E). Todos os questionários foram operacionalizados unicamente pela equipe de pesquisa.

## 5.9 Análise dos dados

Para análise dos dados construiu um banco na planilha Microsoft Excel, sendo exportada para o software SPSS 18. As características clínicas dos pacientes foram apresentadas por meio da distribuição de frequência e para comparação das proporções utilizou-se o teste Qui-quadrado. Para todas as conclusões foi considerado o intervalo de confiança de 95% e significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método de análise de conteúdo sugerida por Bardin (2011) e o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

O software IRAMUTEQ permite diferentes processamentos e análises estatísticas de textos. É um software gratuito que consegue de forma apropriada a análise dos dados da

pesquisa. É ancorado no software R e na linguagem de programação python. Esse software permite apresentar a análise dos dados por meio de cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras.

Neste estudo, utilizou-se em alguns dados a nuvem de palavras. Neste método, as palavras são agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência, o que possibilita facilmente a sua identificação, a partir de um único arquivo, denominado corpus, que possui os textos originados pelas entrevistas coletadas.

Desta forma, para interpretação das informações, utilizou-se o método de análise de conteúdo sugerida por Bardin (2011). Segundo Urquiza e Marques (2016), a análise de conteúdo se trata de uma técnica de análise das comunicações ao que foi dito nos elementos verbais e/ou não verbais, dividido em três etapas de análise, conforme figura 1. No estudo, a compreensão das informações foi descrita exclusivamente pelos elementos verbais.

Figura 1- Três fases da Análise de Conteúdo



Fonte: Adaptado de Bardin (2011)

Bardin (1977) ressalta que a análise do material é realizada a partir da codificação dos dados e de recortes dos textos em unidades de registros, objetivando ultrapassar as incertezas e investigar o que está sendo questionado. Assim, os dados coletados na pesquisa com os cuidadores foram previamente analisados e apresentados em categorias. A análise por categoria é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através dos dados qualitativos (Bardin, 2011).

Nesta pesquisa, as categorias, descritas abaixo, foram dispostas no capítulo de resultados e discussão, através de citações narradas pelos voluntários do estudo, representados por “C” em referência ao termo cuidador, juntamente com o referencial teórico.

Foram consideradas duas categorias de análise:

Categoria 1 – Distúrbios comunicativas e os impactos sobre a autonomia e tomadas de decisão. Categoria 2 – Repercussões sociais e de vida em indivíduos com distúrbios comunicativos associados aos tumores de boca e orofaringe.

#### 5.10 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer nº 3.585.386, com coparticipação do Hospital de Câncer de Pernambuco (ANEXO D). O CEP teve como base de construção tanto para a obtenção por meio do TCLE da anuência dos voluntários, quanto a elaboração das questões éticas referentes à vulnerabilidade dos voluntários, respeitando-se a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que é o marco regulatório das pesquisas em seres humanos no Brasil.

Todos voluntários que participaram do estudo foram devidamente informados sobre à pesquisa, bem como os riscos previsíveis e os benefícios esperados com o estudo, mas de tal forma que em nenhum momento o voluntário sentisse qualquer tipo de coação para que participasse da pesquisa. Após os esclarecimentos devidos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para que fosse lido e assinado conforme sua compreensão.

Todas as informações sobre os riscos e benefícios do estudo estão descritos e detalhados e compreensível à população do estudo no TCLE. Aos voluntários que foram observados comprometimentos comunicativos graves e/ou fragilidades emocionais, estes foram encaminhados ao serviço ambulatorial de Fonoaudiologia e/ou Psicologia, partindo da premissa que a pesquisa deve ter responsabilidade social e o pesquisador precisa estar sempre atento para orientar o voluntário da pesquisa sempre no sentido de protegê-lo.

Os dados coletados ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período de no mínimo cinco anos, e durante esse período, encontro-me a disposição para qualquer dúvida dos avaliadores do estudo sobre as informações apresentadas na pesquisa. A pesquisadora agindo pelo o princípio da boa fé subjetiva, se compromete legalmente manter esses dados armazenados, garantindo que não será acessado por outrem.

## 6 RESULTADOS

A amostra foi composta por uma população de 53 pacientes e 11 cuidadores. Conforme dados da Tabela 1, dos pacientes do estudo houve maior predominância dos tumores no sexo masculino, com prevalência da doença a partir da 4ª década de vida e média de idade correspondente a 51,7 anos. Quanto ao estado civil e grau de escolaridade, observa-se que 62,3% consideravam-se solteiros e que 58,5% declaravam-se analfabetos, seguidos de 24,5% com Ensino Fundamental incompleto.

Tabela 1- Perfil dos pacientes com tumores de boca e orofaringe (N=53).

VARIÁVEIS	TUMORES DE BOCA E OROFARINGE	
	N	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	7	13,2
Masculino	<b>46</b>	<b>86,8</b>
<b>IDADE (ANOS)</b>		
18 – 29	3	5,7
20 – 39	5	9,4
40 – 49	<b>19</b>	<b>35,8</b>
50 – 59	<b>18</b>	<b>33,9</b>
60 – 69	6	11,4
Mais de 70	2	3,8
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	<b>33</b>	<b>62,3</b>
Casado	8	15,0
Divorciado	6	11,3
Viúvo	3	5,7
Outro	3	5,7
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Não sabe ler nem escrever	<b>31</b>	<b>58,5</b>
Ens. Fund. Incomp.	13	24,5
Ens. Fund. Comp.	4	7,5
Ens. Médio compl.	2	3,8
Ens. Sup. Incomp.	2	3,8
Ens. Sup. compl.	1	1,9

N = número de participantes da amostra; % = Por cento. Fonte: O próprio autor.

Com relação ao tempo de tratamento oncológico, aproximadamente 81% da amostra referiu período de até 12 meses desde o diagnóstico ao momento da coleta de dados. Destes, 52,8% relataram o período entre 6 a 12 meses de seguimento oncológico. Desta forma, os dados evidenciam a grande ocorrência do diagnóstico tardio e o curto período de tempo entre o diagnóstico e a inviabilidade terapêutica curativa.

Na mesma perspectiva, observou-se que 79,2% dos indivíduos estavam classificados entre 20% e 30% segundo a escala KPS, isto significa que os pacientes se encontravam com piores quadros funcionais e curva prognóstica negativa.

Sobre as estratégias comunicativas, 64,1% dos indivíduos utilizavam, majoritariamente, os gestos nas intenções comunicativas, seguidos dos 18,9% que utilizavam a fala ou apenas articulação, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das estratégias comunicativas (N=53).

<b>ESTRATÉGIAS COMUNICATIVAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escrita	3	5,6
Fala ou apenas articulação	10	18,9
Gestos	34	<b>64,1</b>
Prancha de comunicação	0	0,0
Desenho/Imagem	3	5,7
Apenas mov. da cabeça	3	5,7
Nenhuma estratégia	0	0,0

Sob análise da autopercepção comunicativa, 73,6% dos sujeitos da amostra declararam que consideravam sua comunicação ruim, seguidos de 13,2% tanto para média quanto para boa (Tabela 3). Fazendo-se correlação entre a percepção de grau comunicativo com os dados referentes ao direito à informação, não foi observada diferença significativa nos três grupos de análise. Apesar disso, cabe compreender todos os aspectos emocionais, físicos e psicológicos que acompanham os indivíduos selecionados desta amostra e suas necessidades frente ao adoecimento, principalmente na doença avançada.

Assim, conforme tabela 5, pode ser percebido nos três grupos analisados que todos os indivíduos declaravam o desejo de saberem tudo sobre sua doença. Além disso, mais de 60% dos indivíduos consideravam que as informações prestadas à sua família são adequadas, que os profissionais sempre dizem tudo ao paciente e família/cuidadores e que recebem respostas claras dos profissionais quando fazem perguntas sobre sua doença, conforme Tabela 3.

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, vale observar que um terço (33,3%) dos indivíduos com pior quadro comunicativo afirma que as informações são dadas muito mais aos familiares/cuidadores do que ao paciente. Nos três grupos analisados, todos os indivíduos afirmaram que não houve participação junto à equipe sobre a escolha de seu tratamento e que todos os dados sobre sua doença foram obtidos pelo profissional médico.

A respeito do cuidado e da atenção dos profissionais de saúde, mais de 50% dos indivíduos nos grupos com comunicação média-bom declaravam que recebiam apoio da equipe quando dito sobre seus medos e ansiedades. No grupo que declarou ter uma comunicação ruim, 48,7% afirmaram que os profissionais os acolhiam emocionalmente umas vezes e outras não; em contrapartida, aproximadamente 46,2% declaravam-se acolhidos.

Tabela 3 - Correlação dos dados relativos ao direito à informação e ao nível da comunicação (N=53).

DIREITO À INFORMAÇÃO		COMUNICAÇÃO						p-valor <sup>1</sup>
		Ruim (n=39)		Média (n=7)		Boa (n=7)		
		n	%	n	%	n	%	
Como classifica os seus desejos relativos à informação sobre a doença?	Quero ser informado de tudo o que se passa	39	100	7	100	7	100	0,735
Durante a sua doença, sentiu que as informações dadas à sua família pelos profissionais de saúde foram, geralmente:	Adequadas	30	76,9	6	85,7	5	71,4	0,731
	Disseram-lhes menos do que o necessário	9	23,1	1	14,3	2	28,6	
	Disseram-lhes mais do que o necessário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Diria que os profissionais de saúde:	Dizem sempre tudo a você e sua família/cuidadores	26	66,7	6	85,7	5	71,4	0,731
	Escondem muitas informações de você e sua família/cuidadores	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Dizem muito mais à família/cuidadores do que a você	13	33,3	1	14,3	2	28,6	
Você já participou junto à equipe sobre a escolha em seu tratamento:	Não	39	100	7	100	7	100	0,735
Os conhecimentos que possui sobre a doença foram obtidos:	Através do médico	39	100	7	100	7	100	0,735
Quando fez perguntas sobre a sua doença, obteve respostas claras?	Sim, sempre	29	74,3	5	71,4	3	42,9	0,731
	Umás vezes sim, outras não	6	15,4	1	14,3	1	14,3	
	Não, respondem-me de forma confusa ou não me respondem	4	10,3	1	14,3	3	42,9	
	Não faço perguntas sobre a doença	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Quando falou com a equipe de saúde sobre os seus medos e ansiedades, obteve o apoio de que precisava?	Sim	18	46,2	4	57,1	5	71,4	0,730
	Não	2	5,1	0	0,0	1	14,3	
	Umás vezes sim, outras não	19	48,7	3	42,9	1	14,3	
Alguma vez pensou que não valia a pena fazer perguntas a um profissional de saúde porque este não lhe iria responder?	Sim	36	92,3	7	100	6	85,7	0,733
	Não	3	7,7	0	0,0	1	14,3	
Os profissionais deixaram de informar sua situação de saúde ou perguntar sua decisão por seu problema na comunicação?	Sim	29	74,4	4	57,1	5	71,4	0,733
	Não	10	25,6	1	14,3	1	14,3	
	Não tenho problema na comunicação	0	0,0	2	28,6	1	14,3	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. % percentagem.

Vale ressaltar a concordância entre os três grupos (Comunicação ruim, média e boa) na pergunta relacionada à percepção do paciente em não valer a pena fazer perguntas ao profissional sobre sua situação de saúde. Assim como, mais de 50% em todos esses grupos afirmaram que os profissionais deixaram de informar sua condição clínica por seu problema comunicativo. Não houve significância estatística nas duas afirmações.

Não encontramos, após análise estatística, correlação significativa entre os dados, isso permite entender que não podemos recusar a hipótese nula e que o tamanho da amostra estudada pode não ter representado, suficientemente, os verdadeiros valores desta população. Os autores reconhecem como fragilidade no estudo, sugerindo mudanças metodológicas e do tempo de coleta de dados para aumento o número amostral.

Além da análise dos sujeitos com câncer de boca e orofaringe, este estudo investigou, qualitativamente, 11 cuidadores numa óptica singular e exploratória, com objetivo de compreender o cenário comunicativo dos sujeitos da amostra e influenciadores negativos na sua participação e decisões no curso de sua doença.

Inicialmente, na Tabela 4, encontram-se os dados referentes aos elementos sociodemográficos e o tempo de acompanhamento junto ao paciente no tratamento oncológico. Nesses dados, podemos destacar que 9 cuidadores são do sexo feminino, com idade média de 41,7 anos.

Tabela 4- Distribuição dos dados sociodemográficos e o tempo de acompanhamento junto ao tratamento oncológico dos cuidadores (N=11).

<b>Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Nível de parentesco</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de acompanhamento</b>
<b>C1</b>	Feminino	19	Cônjuge	3º grau completo	12 meses
<b>C2</b>	Masculino	40	Cônjuge	2º grau incompleto	6 meses
<b>C3</b>	Feminino	36	Sobrinha	1º grau incompleto	9 meses
<b>C4</b>	Feminino	59	Cônjuge	Não alfabetizado	5 meses
<b>C5</b>	Masculino	49	Filho	1º grau incompleto	6 meses
<b>C6</b>	Feminino	28	Cônjuge	2º grau completo	24 meses
<b>C7</b>	Feminino	62	Cônjuge	Não alfabetizado	10 meses
<b>C8</b>	Feminino	47	Cônjuge	1º grau incompleto	13 meses
<b>C9</b>	Feminino	52	Cônjuge	Não alfabetizado	21 meses
<b>C10</b>	Feminino	32	Filha	1º grau completo	6 meses
<b>C11</b>	Feminino	35	Cônjuge	2º grau incompleto	12 meses

C= cuidador. Fonte: O próprio autor.

Com relação ao nível de parentesco, 8 cuidadores declaravam-se cônjuge do paciente, com graus de escolaridades mais prevalentes de 1º grau incompleto e não alfabetizado. Além disso, observa-se que o tempo médio de acompanhamento ao tratamento foi de 11,27 meses (Tabela 6).

Como descrito na metodologia do estudo, os resultados da entrevista com os cuidadores serão apresentados por duas categorias de análise:

### **CATEGORIA 1 – Distúrbios comunicativos e os impactos sobre a autonomia e as tomadas de decisão.**

Incluem os relatos referentes à percepção do cuidador sobre as mudanças nos aspectos funcionais da comunicação apresentadas pelos pacientes com câncer de boca e orofaringe em cuidados paliativos e a relação com sua autonomia. Além disso, abrange as verbalizações sobre os caminhos que o paciente utiliza para expressar seus sentimentos e participar das decisões de saúde junto à equipe.

No primeiro problema apresentado, a partir da análise das unidades de registro e do conteúdo, pode-se perceber que a maioria dos cuidadores não relataram dificuldades na compreensão das intenções comunicativas dos pacientes, pois utilizam estratégias não verbais. Foi citado por 9 sujeitos da amostra que os sinais, gestos e/ou movimentos oculares foram as estratégias comunicativas mais prevalentes nesses discursos; podemos perceber também sua frequência na nuvem de palavras (Figura 2).

Para maior compreensão dos dados, vale salientar que a comunicação verbal se dá a partir de palavras expressadas pela fala e, historicamente, tem a função de integrar o indivíduo ao seu meio social. Além disso, a voz expressa o estado emocional e físico do paciente e autonomia em suas informações. A comunicação não verbal pode ser representada através de gestos, silêncio, postura corporal, expressões faciais e outros, como observado nas verbalizações a seguir (BASTOS et al., 2016).

Figura 2 - Nuvens de palavras sobre as formas comunicativas para expressão dos sentimentos e das vontades.



Fonte: Próprio autor.

Nesta análise, podemos observar através deste método que as palavras que tiveram maiores frequências foram: estar, não, saber, querer, entender, mão, boca, gesto, ficar.

Assim como citado anteriormente, dentro do contexto, cabe a análise do grupo de palavras mais frequentemente utilizadas, relacionando-as, como: “querer-saber”, “não-saber”, não-entender”, “gesto-mão”. Nessa perspectiva, percebemos que os cuidadores referem preocupações quanto ao modo comunicativo, por limitações expressas pelo paciente e baixa compreensão no que diz respeito à interpretação das vontades e dos sentimentos. Essas análises e afirmações concordam com os discursos apresentados:

*“A gente vai perguntando: Está sentindo dor? Feche os olhos. Está com falta de ar? Se ele não estiver, ele não fecha os olhos.” [C 10, sexo masculino, 34 anos].*

“[...] por causa do problema, não tem como se comunicar com a gente, né?! A gente tem que entender através de gestos, até porque o tumor é na boca e é pela boca que a gente conversa [...] Eu fico muito triste, muito triste em saber que meu tio perdeu a voz, porque ele falava, ele conversava tanto [...] E por causa disso está se entregando.” [C7, sexo feminino, 32 anos].

Conforme análise dos discursos, pode-se verificar que na população do estudo o principal viés para comunicação apropriada foi a perda da fala e voz, ou seja, da comunicação verbal. Essa limitação apareceu em todos os voluntários analisados da amostra.

Além disso, podemos perceber que a dificuldade comunicativa secundária à doença oncológica limita a interação efetiva entre os sujeitos analisados e que, apesar de a maioria dos participantes do estudo serem parentes próximos, nos discursos analisados estes revelavam que

a restrição dos elementos comunicativos privava os pacientes de expressarem seus sentimentos (como a dor) e de interagirem com seus próximos, parentes e amigos.

Podemos ainda analisar que, nos discursos, os pacientes mostravam-se mais predispostos ao isolamento, com reflexo negativo sobre a interação com familiares e cuidadores devido aos distúrbios comunicativos. Contudo, cabe salientar as variáveis da doença oncológica, principalmente nos tumores de cabeça e pescoço, que desenvolvem múltiplos comprometimentos de ordem física, emocional e social, que também andam em concordância com estes achados.

Sob esta óptica, os discursos abaixo referem-se a essa limitação expressa da doença e à relação do “eu (paciente)” como autor das principais linhas de cuidado e manifestação das vontades individuais. Nos relatos, observamos ainda que os cuidadores utilizam estratégias na dinâmica de cuidado que podem subestimar e oprimir as vontades e os valores individuais do paciente devido à sua dificuldade comunicativa.

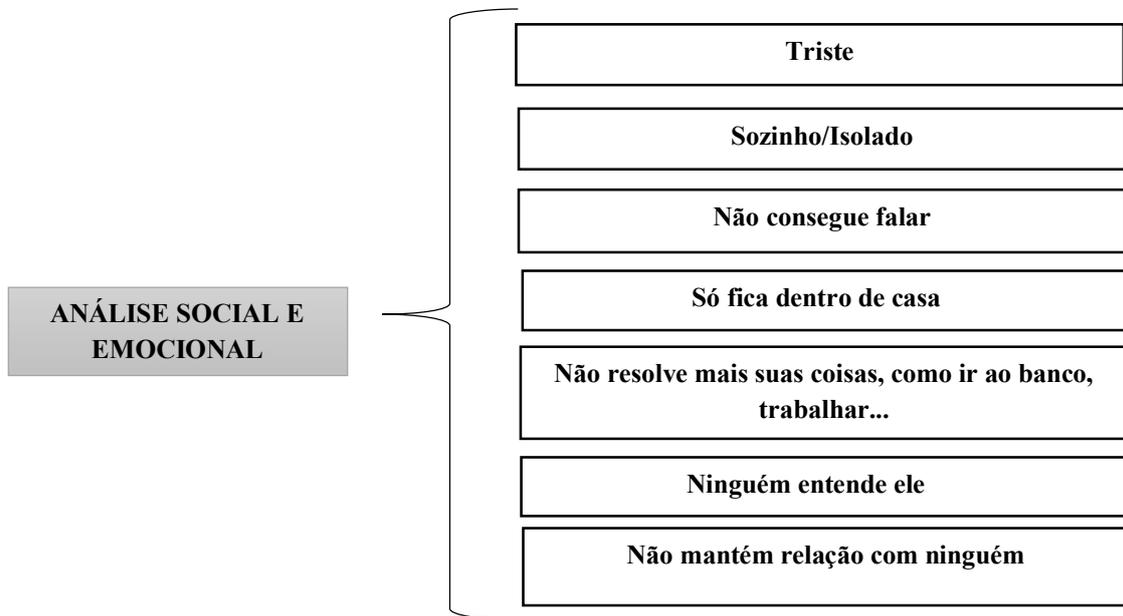
*“[...] Ele põe a mão na boca para pedir água, se põe a mão na barriga eu sei que é fome [...]” [C7, sexo feminino, 32 anos].*

*“Tem dia que não entendo nada, então eu sempre penso que ele está com dor, porque não tenho como saber. Pra facilitar, colocamos fralda nele, assim ele não precisa ir ao banheiro. Não é fácil! E cada dia só fica pior.” [C11, sexo feminino, 38 anos]*

## **CATEGORIA 2 – Repercussões sociais e de vida em indivíduos com distúrbios comunicativos associados aos tumores de boca e orofaringe.**

Retrata o impacto dos distúrbios comunicativos sobre as condições de vida nos tumores avançados de boca e orofaringe. Seguindo o mesmo modelo de análise da categoria anterior, de forma geral pode-se observar que os impactos comunicativos nestas patologias se dão desde o diagnóstico; no entanto, apresenta-se com efeitos negativamente significativos com o avançar da doença, principalmente quando não há perspectiva de cura, com grandes comprometimentos emocionais. De forma objetiva, construiu-se uma ilustração (Figura 3) dos principais recortes e unidades de registros apresentados sob esta análise.

Figura 3 - Unidades de registros sobre as análises sociais e emocionais dos pacientes com câncer de boca e orofaringe, na perspectiva do cuidador.



Fonte: Próprio autor

*“Ele sempre foi muito de conversar e trabalhar. Vivia com amigos contando piada, hoje em dia nem a família o entende.” [C11, sexo feminino, 38 anos].*

“[...] ele sente muita falta de trabalhar e sair para jogar bola. Hoje em dia ele não pode mais, porque como faz pra trabalhar sem falar, né?! Não pode! Então ele sai para caminhar e volta. Só tenta se comunicar comigo, para todo mundo ele diz que está bem fazendo um sinal de legal com a mão.” [C4, sexo feminino, 47 anos].

Como observado nos discursos dos cuidadores e nas unidades de registros, os distúrbios comunicativos comprometem gravemente a dinâmica das atividades de vida, sendo responsável pelo afastamento no âmbito de trabalho e familiar. Vale salientar que, dentre as doenças oncológicas, o câncer de cabeça e pescoço é uma das patologias mais notórias, com grande impacto na vida social dos sujeitos acometidos.

Podemos adicionar a esta análise, os dados referentes às repercussões emocionais e aos impactos psicológicos observáveis. Os cuidadores não expressaram que a dificuldade comunicativa é precursora desses comprometimentos, mas que agravam as condições de saúde e sociais já vulneráveis pela própria doença e que, quando associados, trazem maiores prejuízos psicossociais não apenas ao paciente, mas a todos os envolvidos no cuidado.

Como no relato do cuidador nº 4, a pessoa acometida por essa doença apresenta mudanças no seu cotidiano, seja pelo diagnóstico oncológico e/ou localização da doença, comprometendo sua dinâmica de vida e papel social.

*“Ele não resolve mais suas coisas e ele era muito de ir ao banco, na empresa, trabalhava muito, agora não.” [C4, sexo feminino, 47 anos].*

Assim, como dito anteriormente, pode-se observar que os relatos se associavam à diminuição da participação ativa da pessoa doente e interação com seus familiares, cuidadores ou amigos. Essa “privação” repercute negativamente sobre o direcionamento no cuidado e na expressão dos sentimentos e das vontades, principalmente diante da doença avançada.

Desta forma, cabe compreender que, quando se utiliza a expressão “doença avançada” no estudo, estamos nos referindo à doença sem perspectiva de cura e diante da terminalidade. Logo, esses pacientes precisam obter consciência sobre a finitude e proximidade da morte, e é neste contexto que se enxerga a preocupação e o alerta da comunicação efetiva, seja verbal ou não verbal, entre os sujeitos da amostra com seus cuidadores e equipe de saúde nas decisões mais importantes no final da vida.

Anexo a esta dissertação, encontra-se o trabalho oral premiado em 3º lugar no II simpósio de Fonoaudiologia no âmbito hospitalar do Real Hospital Português, intitulado “O papel da comunicação no cuidado ao paciente com tumor de boca e orofaringe em cuidado paliativo” (Anexo E).

## 7 DISCUSSÃO

Os cânceres localizados na cavidade oral e orofaringe podem ser considerados os mais comuns da região de cabeça e pescoço, excluindo-se os casos de pele não melanoma (VELTEN, 2014). Além disso, é comum a prevalência desses tumores no sexo masculino, o que corrobora os dados do estudo (INCA, 2017; ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Como dito anteriormente, esse tumor é predominante no sexo masculino e ocorre, frequentemente, entre a 5ª e 6ª décadas de vida. No estudo, houve maior prevalência dos tumores entre a 4ª e 5ª décadas de vida, com média de idade de 51,7 anos. Mesmo com etiologia multifatorial, o tabaco e o álcool assumem os principais fatores de risco, aumentando em 30 vezes o risco para o desenvolvimento do câncer se consumidos concomitantemente (INCA, 2015; ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; DEUSDEDIT et al., 2016).

Apesar de estudos estarem sendo realizados nessa área de concentração, o prognóstico ainda é incerto e a taxa de sobrevida livre de doença, reduzida em 5 anos (PULINO et al., 2011; GILYOMA et al., 2015). Com índices significativos, no estudo 81% da amostra apresentava o tempo entre o diagnóstico clínico e a contraindicação de tratamento modificador da doença, “cuidado paliativo exclusivo”, de apenas 12 meses. Esses valores revelam a alta taxa de morbidade e o curto período entre o acesso aos serviços de proposta curativa e o avanço da doença.

Um estudo realizado em Pernambuco por Aquino e colaboradores (2018) investigou o itinerário terapêutico de indivíduos com câncer de boca e revelou que o agendamento das consultas especializadas foi uma das principais barreiras de acesso ao atendimento a essa população, levando-a a retardar o diagnóstico e a terapia curativa, consequentemente contribuindo para maior agravamento da doença e diminuição das chances de cura. Na análise dos óbitos, o estudo ainda apresentou que 77,8% ocorreram antes de um ano do diagnóstico, associando essa taxa à identificação do tumor em estágio avançado.

Além disso, na população estudada, 79,2% foram classificados na escala KPS entre 20% e 30%. Essa escala avalia o desempenho físico e a aptidão para as atividades normais. Trata-se do instrumento mais utilizado na avaliação do prognóstico do paciente na terapia contra o câncer, descrevendo sua capacidade funcional para o procedimento terapêutico (BONASSA; SANTANA, 2005; GOUVEIA SOBRINHO; CARVALHO; FRANZI, 2001).

Esses dados revelam que, no momento da coleta de dados, os pacientes já apresentavam condições clínicas vulneráveis, visto que essa escala tem grande confiabilidade e integra as avaliações prognósticas curso à doença do paciente em cuidados paliativos.

Dentre as estratégias comunicativas, 64,1% dos voluntários afirmaram que utilizam, principalmente, a comunicação através dos gestos. Segundo um estudo publicado por Pelosi e colaboradores (2014), composto por 68 pacientes com dificuldades comunicativas, a limitação no uso da comunicação verbal afeta significativamente a qualidade de vida e as atividades de vida diária, de ordem física, mental e social.

A respeito da autopercepção comunicativa, 73,6% da população do estudo classificava sua comunicação como ruim. Esses dados corroboram a literatura, pois estudos apontam que pessoas acometidas por tumores localizados na cabeça e no pescoço, dependendo do local e da extensão da doença, enfrentam diversas necessidades em relação à saúde, entre elas na comunicação verbal, deglutição, fala, perda de peso, queimação e dor (ANDRADE et al., 2017).

Segundo Santos e Silva (2016), a comunicação, seja verbal ou não verbal, é considerada fundamental na relação interpessoal, com a família e profissionais de saúde, favorecendo e consolidando a autonomia junto às expectativas do paciente. Firmar essa relação humana é um ato acolhedor, em que são possíveis a identificação de demandas assistenciais e o oferecimento da legitimação dos direitos dos doentes sem possibilidade de cura (CHAVES; MASSAROLO, 2009).

Haja vista a importância desse assunto, pesquisadores, principalmente fonoaudiólogos, estão procurando investigar a relação da comunicação na qualidade de vida em cuidados paliativos (GOMES-FERRAZ; REZENDE; CARLO, 2019; SANTOS; DANESI; PINHEIRO, 2014). O Fonoaudiólogo é o profissional da saúde que avalia as dificuldades comunicativas, a fim de estabelecer estratégias que permitam o processo comunicativo entre o paciente, a equipe e a família, readaptando a linguagem oral para uma comunicação não verbal efetiva (ROE; LESLIE, 2010; PINTO, 2012; POLLENS, 2012).

Por conseguinte, cabe a esse profissional estabelecer os métodos de comunicação alternativa e complementar (gestos, movimentos corporais ou pranchas comunicativas) o mais precocemente possível, podendo estar em concordância ou não a comunicação oral (MOURÃO, 2014).

Um estudo realizado em Portugal (2017) com pacientes em cuidados paliativos, oncológicos e não oncológicos, revelou que 55,3% dos doentes afirmaram ter dificuldade comunicativa e 34,2% afirmaram ter muita dificuldade. O estudo não especificou por grupos patológicos. Observa-se ainda a escassez de estudos na literatura que avaliem as dificuldades comunicativas em cuidados paliativos na perspectiva do Fonoaudiólogo (BARRIGUINHA; MOURÃO; MARTINS, 2017).

Apesar de não haver significância estatística entre os grupos que se declararam com comunicação ruim, média e boa no questionário de direito à informação, em cuidados paliativos a comunicação representa um elemento ético e moral, pois permite que o sujeito participe das decisões em relação à sua finitude, de maneira a estar envolvido nas escolhas que envolvem sua vida (ABREU; FORTES, 2014).

Em concordância, autores como Abreu e Fortes (2014) afirmam que qualquer dificuldade na mensagem comunicativa pode ameaçar ou diminuir a compreensão do que deseja ser dito. Em cuidados paliativos, a qualidade da comunicação é um elemento ético que implica em danos emocionais, uma vez que beneficia o paciente a expressar seus desejos, vontades, dúvidas e medos.

Assim, observa-se nos pacientes com a comunicação verbal afetada que o impacto da doença se torna ainda maior, pois vai exigir dele uma adaptação comunicativa que lhe insira socialmente e o faça protagonista de sua vida. A comunicação em cuidados paliativos tem uma relevância ainda maior na medida em que os paciente do estudo foram acometidos por uma doença que carrega um grande estigma e sofrimento com as limitações impostas e muitas vezes leva à morte sem dignidade.

O conceito de *cuidados paliativos* sofreu diversas modificações ao longo dos anos à medida que essa filosofia de cuidado à saúde foi sendo implantada pelo mundo. Os cuidados paliativos não direcionam suas práticas a um determinado grupo patológico, mas a qualquer diagnóstico que ameaçasse a continuidade da vida, provendo assistência tanto ao doente quanto à sua família (IAHPC, 2019; ANCP, 2012).

É valoroso pensarmos que o cuidado paliativo deve ser visto como uma estratégia regular de cuidados integrada a diferentes modalidades dentro dos serviços de saúde. Os cuidados paliativos podem influenciar positivamente nas formas de cuidados com a saúde, partindo do princípio de que valorizam as dimensões humanas e ético-espirituais da pessoa humana, e não

apenas as diretrizes científico-tecnológicas. Além do mais, têm como foco central atingir a melhor qualidade de vida possível ao paciente e aos cuidadores, o que exige: atenção específica em relação ao controle dos sintomas e a adoção de abordagem holística, levando em conta as experiências de vida da pessoa e a situação atual (SANTOS, 2011).

Desta forma, a filosofia dos cuidados paliativos é definida como a estratégia em saúde que cuida de pessoas diante da doença que ameaça a vida, especialmente aqueles que estão vivenciando a terminalidade. Esses cuidados visam compreender individualmente as necessidades da pessoa e de sua família frente ao adoecimento (SANTOS, 2011; IAHPC, 2019).

Nesse sentido, conforme há o avanço da doença e a proximidade da morte, exige-se um especial cuidado e atenção na prática de uma comunicação aberta e sensível junto ao paciente, aos amigos e familiares. Além disso, a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) considera que a autonomia, a liberdade e os direitos humanos são alguns dos princípios relacionados à dignidade humana. Esta organização afirma que diante do adoecimento, principalmente da finitude, deve ser compreendido, preservado suas escolhas e seus direitos individuais respeitados (UNESCO, 2005).

Sobre os dados do protocolo do direito à informação, 100% dos indivíduos, nos três grupos, desejavam ser informados sobre sua doença. Não houve diferença significativa entre as categorias comunicativas. Apesar disso, em concordância com o estudo, Soares (2016) realizou uma pesquisa com pacientes oncológicos, em que revelou que a maioria dos sujeitos da amostra, especificadamente 88% dos voluntários, queriam receber informações sobre a doença e participar das decisões em saúde.

É importante destacar que os pacientes atendidos no Hospital de Câncer de Pernambuco e particularmente os vindos do interior e de condição socioeconômica menos favorável são passivos e questionam pouco, o que pode exigir do profissional maior esforço comunicativo para enfatizar a autonomia do paciente.

Com forte evidência na literatura, pacientes com doença em estágio avançado desejam ser informados sobre sua doença de forma clara, honesta e humana (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015; RIBEIRO; POLES, 2019; GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017). Apesar de não haver relação apenas com o distúrbio comunicativo, em cuidados

paliativos a comunicação eficaz configura uma medida terapêutica eficiente, em especial aos que se apresentam em fase terminal (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Um estudo com 10 sujeitos, revelou que 8 dos participantes desejavam receber informações sobre a doença e 9 não se declaravam capazes de participar do processo de tomada de decisões sobre a doença (BARRETO; CASTRO, 2015). Em concordância, estudos realizados na América e Europa apresentavam que mais de 90% de suas amostras desejavam ter seus direitos à informação assistidos e respeitados, mesmo no caso de doenças graves, além de informações sobre tratamento, sintomas, efeitos colaterais, acolhimento, entre outros (PELOSI; NASCIMENTO; SOUZA, 2014; LEWIS et al., 2016; LIMA; REGO, SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

No estudo, todos os voluntários, nos três grupos analisados, mostraram-se insatisfeitos por não participarem das tomadas de decisões durante o tratamento oncológico. É relevante destacar que, nesse contexto, o respeito à autonomia no que se refere aos processos de decisões são de ordens díspares, com destaque para a assimetria nas relações entre profissional de saúde (detentor de conhecimento) e paciente (portador de uma doença) (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2014; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2013; LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

No estudo, foi verificado que mais de 70% dos pacientes que declaravam a comunicação entre ruim e média afirmaram que tiveram respostas claras da equipe de saúde quando fizeram perguntas sobre sua doença. De acordo com a literatura, a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde na assistência ao paciente em cuidados paliativos confere-lhe autonomia, partindo do princípio de que amplia os seus conceitos teóricos (MATSUMOTO; 2012; LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015; RIBEIRO; POLESI, 2019).

Assim sendo, todos os participantes afirmaram que todas as notícias recebidas sobre sua doença foram realizadas pelo médico. Respalhando os dados encontrados no estudo, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos afirma que o médico é o profissional de saúde habilitado, sob dever ético e legal, a transmitir as informações em saúde. Segundo Lewis et al. (2016), o acesso à informação, além de promover autonomia, pode diminuir o sentimento de solidão e colaborar para a maior relação de confiança entre médico e paciente.

Sobre o apoio emocional realizado pelas equipes de saúde, mais de 45% nos três grupos analisados receberam apoio dos profissionais quando expressaram seus medos e ansiedades.

Apesar disso, vale destacar, com diferença mínima de valores entre os grupos, que 48,7% da amostra dos sujeitos que se declaram com pior quadro comunicativo afirmou que a escuta dos profissionais de saúde sobre seus medos e ansiedades não foi realizada de forma adequada e integralmente assistida — dado citado no protocolo como “umas vezes sim, outras não”.

Um estudo conduzido por Araújo e Silva (2012), com 282 profissionais de saúde que atuavam em cuidados paliativos, revelou que os sujeitos da amostra possuíam conhecimento insatisfatório no que refere às estratégias de comunicação para o suporte emocional do paciente em cuidados paliativos.

A maioria dos sujeitos da amostra (71,7%) afirmaram que os profissionais de saúde não realizaram perguntas ou davam informações sobre sua situação de saúde devido ao seu problema na comunicação. Apesar de não haver relação direta com o grau comunicativo, podemos observar que pacientes dos três grupos analisavam sua comunicação negativamente frente à equipe de saúde.

Apesar de o estudo não ter avaliado a percepção da equipe de saúde sobre a comunicação dos pacientes com tumores em boca e orofaringe em cuidados paliativos, estudos afirmam que as decisões no fim de vida envolvem todos que fazem parte do cuidado (paciente-família-profissionais de saúde), pois oferece à pessoa diante da morte oportunidades de expressar seus desejos e suas vontades, com respeito à sua dignidade (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015; ARAÚJO; SILVA, 2012).

Assim, para maior compreensão dos impactos comunicativos sobre autonomia e as tomadas de decisões nesta população, buscamos acrescentar a esta análise a percepção do cuidador/família. Como descrito no capítulo de resultados, os cuidadores não referiram dificuldade na compreensão da comunicação, apesar de, majoritariamente, esta dar-se de forma não verbal. Podemos ainda descrever que, na observação dos sujeitos, a percepção da dificuldade comunicativa foi negativamente significativa.

Corroborando com o estudo, autores (BARRIGUINHA; MOURÃO; MORTINS, 2017) afirmaram que, quando colocadas as expressões dos familiares e/ou cuidadores de pacientes em cuidadores paliativos sobre a comunicação, a maioria considerou que os pacientes se comunicavam sem dificuldades; no entanto, em comparação com as análises dos pacientes, mais de 50% assumiram ter dificuldades comunicativas.

Acredita-se que isso se justifica pela vivência e pelas habilidades com as interpretações dos sinais por parte dos cuidadores/familiares junto ao paciente, e não pela análise dos distúrbios comunicativos propriamente ditos.

Assim, podemos considerar que é o cuidador a pessoa de maior vínculo com o paciente, principalmente quando aquele tem laços afetivos e familiares — ou mesmo estando emocionalmente envolvidos. O processo de acompanhamento desse paciente torna o cuidador, ao longo do tempo, mais resiliente frente às necessidades do doente no enfrentamento da doença.

Portanto, interações sociais, seja com a família, os amigos ou a equipe de saúde, na maioria das vezes, apresentam-se negativamente em pessoas com câncer de cabeça e pescoço com distúrbios comunicativos, e, por isso, a pessoa pode se sentir frustrada e deprimida (PELOSI; NASCIMENTO; SOUZA, 2014; LUCA; SANTOS; BERARDINELLI, 2021). Assim, quando a comunicação verbal não é possível, tornam-se indispensáveis recursos alternativos para auxiliar o sujeito a se comunicar, principalmente com equipe e família, afim de expressar seus sentimentos, sintomas e preocupações da condição de saúde (ANDRADE et al., 2017).

Desta forma, ao cuidarem do paciente em cuidados paliativos com dificuldade comunicativa, a família e o profissional necessitam de ainda mais habilidade de escuta, devendo demonstrar empatia e transmitir segurança, reconhecendo as limitações e desenvolvendo habilidades de interpretação dos sinais não verbais. O acolhimento eficaz visa diminuir a ansiedade e angústia de quem está com doença em estágio avançado, proporcionando maior qualidade no cuidado (ANCP, 2012).

Segundo Costa e colaboradores (2017), a comunicação apropriada tem como objetivo minimizar o mal-entendido, além de oferecer recursos à pessoa doente para exercer sua autonomia (SILVA, et al., 2012). Oliveira e colaboradores ressaltam que a comunicação não verbal limita a relação interpessoal e o empoderamento do paciente, pois se trata de expressões pouco específicas, que dificultam a compreensão, aumentando a frustração e o sofrimento (COSTA et al., 2017; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Em respeito à autonomia do paciente, o Código de Ética Médica Brasileiro (Capítulo V, Artigo 3) diz que é vedado ao médico “Desrespeitar o direito do paciente ou de seu

representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (CFM, 2009).

Em cuidados paliativos, um princípio fundamental é o respeito à autonomia do paciente, pois se configura como elemento ético que permite ao sujeito expressar suas singularidades, expectativas e realidades diante do conhecimento acerca do curso da doença e prognóstico clínico (ABREU; FORTES, 2014).

Segundo autores como Oliveira e Silva (2010), Paiva e Junior Damasio (2014), Lima, Rego e Siqueira-Batista (2015), o respeito à autonomia do paciente é visto com destaque no campo da Bioética, afirmando que, para o exercício das moralidades, é fundamental a participação de uma pessoa autônoma, compondo um projeto ético e racional em relação às expectativas e aos direitos individuais.

Sob esta análise, o estudo revelou que a maioria dos voluntários não compreendiam as informações mais complexas referentes aos desejos do paciente e que essa limitação apresenta impactos negativos nas atividades sociais e de vida diária.

Desta forma, autores defendem que com o avanço da doença, progressivamente, vão-se diminuindo as relações extra-hospitalares, atividades de lazer e trabalho, além de que os pacientes se apresentam cada vez mais frustrados, constrangidos, nervosos e deprimidos (PELOSI; MASCIMENTO; SOUZA, 2014; LUCA; SANTOS; BERARDINELLI, 2012). Os dados da literatura corroboram com os dados do estudo, visto que, na análise dos discursos, todos os cuidadores afirmaram que houve impactos sociais na população estudada. Vejamos outra citação que configura essa afirmação:

*“Torna-se muito difícil pra conversar com os amigos, quando alguém vem visitar ela, sempre fica quieta e triste... ela só fica deitada para o lado da parede e não faz nada”. [C2, sexo masculino, 42 anos].*

Estudos sobre a qualidade de vida afirmam que pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentam perturbações na qualidade de vida de forma significativa, provocando alterações nas atividades rotineiras, seja pela desordem física, cognitiva, social ou outra (PELOSI; MASCIMENTO; SOUZA, 2014).

No estudo, pode-se perceber que para os cuidadores/familiares os distúrbios comunicativos e o avanço da doença na região de boca e orofaringe comprometeram significativamente a dinâmica familiar e as relações sociais.

Em concordância com o encontrado, estudos apontam que podem haver desorganizações dos papéis nos elementos familiares, além de preocupações com a morte que otimizam a prática “protetiva”, diminuindo a participação do sujeito em suas atividades de vida e trabalho (SILVA, 2012).

### **Limitações**

Destaca-se a dor como a principal desordem psíquica e/ou biológica que incapacitou a continuidade da coleta de dados em alguns pacientes. Além disso, raramente havia registros médicos definidos de abordagem paliativa exclusiva (critério de seleção do estudo), sendo necessárias mudanças metodológicas para condução da pesquisa.

Infelizmente, não foram encontrados dados na literatura que comparassem os distúrbios comunicativos e a autonomia do paciente com câncer de boca e orofaringe em cuidados paliativos.

### **Sugestões para futuras pesquisas**

Ampliar o N da pesquisa em diferentes cenários da rede de atenção à saúde, assim como utilizar escalas que analisam dor e ferramentas de comunicação aumentativa e/ou suplementar para ampliação das informações coletadas ou padronização de instrumentos facilitadores da comunicação direcionados a pessoas diagnosticadas com câncer de boca e/ou orofaringe.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir neste estudo que pacientes com doença avançada localizada na boca e/ou orofaringe apresentam distúrbios que comprometem a comunicação verbal. Esses distúrbios ficam ainda mais evidentes e impactam mais negativamente no comportamento do paciente quando as ações de cuidados paliativos não são implementadas em tempo hábil, uma vez que, além do controle dos sintomas, buscam promover medidas que possam oferecer ao paciente o resgate da sua dignidade, tornando-o, dentro das possibilidades, protagonista de sua própria vida.

Apesar de os distúrbios comunicativos serem comuns em pacientes com patologias nessa região, em cuidados paliativos a qualidade das informações oferece atenção ao ser humano, único e digno de respeito diante da proximidade da morte.

O estudo também demonstrou que, apesar de todo o esforço no processo formativo e em especial na formação em cuidados paliativos, o protagonismo do paciente ainda não é o adequado; isso fica evidente quando a população do estudo, independentemente do grau comunicativo relatado, foi unânime nas afirmações em relação ao desejo de ser informada sobre a doença e à sua não participação junto à equipe das decisões em saúde no curso de sua doença — apesar de a maioria expressar que as informações dadas pelos profissionais de saúde foram adequadas e sem omissão de verdade.

No que se refere à expressão de sentimentos, o grupo com piores quadros comunicativos, em sua maioria, afirmou que os profissionais não deram apoio adequado como eles precisavam. E que deixaram de informar sua situação de saúde por seu problema comunicativo; não houve significância estatística entre os grupos.

Na perspectiva do cuidador, estes não revelaram limitação na compreensão das expressões comunicativas do paciente, apesar de referirem, sob análise das unidades de registros, dificuldade de compreender elementos básicos, como sede e dor.

Foram significativos os discursos dos cuidadores sobre os impactos sociais e emocionais nos pacientes da amostra, revelando que os distúrbios comunicativos e a doença avançada em boca e/ou orofaringe repercutem negativamente nas manifestações das vontades individuais, interações sociais e na relação com equipe e cuidadores.

Por fim, nossa contribuição com o estudo foi demonstrar a importância de promover ao paciente o protagonismo necessário para que sua dignidade e sua autonomia sejam preservadas ao máximo. Mesmo com a evolução da doença e o declínio funcional do doente, cabe ao profissional promover todas as possibilidades assistenciais, proporcionais à necessidade clínica do paciente.

Que possamos refletir que é no processo da morte que a pessoa pode ressignificar a vida, resgatar suas lembranças, alegrias, tristezas, realizações e despedidas. É o momento em que a palavra ou as expressões serão o último parágrafo de sua biografia.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, C.B.B.; FORTES, P.A.C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014.
- ANDRADE, C.G. et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Rev Fund Care Online**. v. 9, n. 1, p. 215-21, 2017. DOI: [http:// dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221).
- ANDRADE, C.G.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L. Palliative care: communication as a strategy of care for the terminal patient. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18 n.9, p. 2523 -30, 2013.
- ANDRADE, J.O.M.; SANTOS, C.A.S.T.; OLIVEIRA, M.C. Associated factors with oral cancer: a study of case control in a population of the Brazil's Northeast. **Rev bras epidemiol**. v.18,n.4, p.894-905, out-dez. 2015.
- AQUINO, R.C.A. et al. Acesso e itinerário terapêutico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca. **Rev. CEFAC**. v. 20, n.5, p. 595-603, 2018.
- ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. The knowledge about communication strategies when taking care of the emotional dimension in palliative care. **enferm.**, v.21, n.1, Jan./Mar. p. 121-9, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, S.M.; CASTRO, E.K. Oncology Medical Criteria for Psychological Referral in Palliative Care. **Psicol. cienc. prof. [online]**. v.35, n. 1, p. 69-82, 2015. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000202013>.
- BARRIGUINHA, C.I.F, MOURÃO, M.T.C, MARTINS, J.C. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. **Audiol., Commun. Res.** [online]. v.22, e1655. 2017. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1655>
- BASTOS, B.R. et al. Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.62, n.3, p. 263-66, 2016.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
- BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2005. Marcadores tumorais e escalas funcionais; p.16-8.

BONFANTE, G.M.S. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.30, n.5, 2014.

BORGES, A.A.; LIMA, R.A.G.; DUPAS, G. Segredos e verdades no processo comunicacional da família com a criança com câncer. **Esc. Anna Nery**. v.20, n.4, p. 198-202, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000400218&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400218&lng=en)>. Acesso em: 30 set. 2019.

BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN. Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**. p. 1-31, 2018.

CABIANCA, C.A.M. et al. Comparison of Karnofsky Performance Status Scale and Edmonton Symptom Assessment Scale as determinants in Palliative Assistance. **Rev Soc Bras Clin Med**. v.15,n.1, p.2-5, 2017.

CALHEIROS, A.S; ALBUQUERQUE, C.S. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. **Rev. HUPE**. v.11, n 2, 2012.

CARVALHO, R.C.T.; PARSONS, H.A. (org). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**, 2ª ed, Porto Alegre: Sulina, 2012.

CESA, C.C.; MOTA, H.B. Augmentative and alternative communication: scene of Brazilian journal. **Rev CEFAC**. v.17, n.1, p.264-9, 2015.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica: Resolução CFM N° 1.931/09**. Brasília: CFM; 2009.

CHAVES, A.A.B.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v.43, n.1, p.30-6, 2009.

CHUN, R.Y.S. Augmentative and alternative communication: scope and peculiarities of terms and concepts in Brazil. Pró-fono. **R Atual Cient**. v.21, n.1, 69-74, 2009.

COLOMBO, J.; RAHAL, P. Alterações Genéticas em Câncer de Cabeça e Pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 55, n. 2, p. 165-174, 2009.

COSTA, M.C.M. et al. Communication of a new message: the diagnosis of cancer in the perspective of patients and professionals. **J Nurs UFPE on line**. v.11, n.8, p. 3214-21, 2017. doi:<https://dx.doi.org/10.5205/reuol.6081-52328-SM.0808201431>.

DEUSDEDIT, M.B. et al. Análise da prevalência de carcinoma de células escamosas da cavidade bucal no Serviço de Estomatologia do Hospital Metropolitano Odilon Behrens em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Arq Odontol, Belo Horizonte**. v.52, n.4: p.182-187, 2016.

EVARISTO, F.L.; ALMEIDA, M.A. Benefícios do Programa PECS-Adaptado para um Aluno com Paralisia Cerebral. **Rev Bras Educ Espec.** v.22, n.4, p. 543-58, 2018.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública.** v.27, n.2,p. 389-94, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X20 11000200020.

FROSSARD, A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cad. EBAPE.BR,** v. 14, Edição Especial, Art 12, Rio de Janeiro, p. 640-55, 2016.

GALVÃO, M.I.Z.; BORGES, M.S.; PINHO, D.L.M. Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Rev baiana enferm.** v.31, n. 3, e22290, 2017.

GILYOMA, J.M. et al. Head and neck cancers: a clinico-pathological profile and management challenges in a resource-limited setting. **BMC Res Notes.** v. 8, p.772, 2015.

GOMES, C.A. et al. Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. **Medicina.** v.49, n.5, p. 463-74, 2016.

GOMES-FERRAZ, C.A.; REZENDE, G.; CARLO, M.M.R.P. Use of alternative communication technology on quality of life evaluation of head and neck neoplasms patients. **Cad. Bras. Ter. Ocup.,** v. 27, n. 1, p. 61-71, 2019.

GOUVEIA SOBRINHO, E.A.; CARVALHO, M.B.; FRANZI, S.A. Aspectos e tendências da avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev Soc Bras de Cancerol [Internet].** v.4; n.15; p.1-7; 2001. Disponível em: [http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/15\\_Pg10.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A015](http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/15_Pg10.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A015)

GRIECO, A.; LONG, C.J. Investigation of the Karnofsky Performance Status as a Measure of Quality of Life. **Health Psychology,** v.3, n.2, p.129-42, 1984.

HENSON, D.M. **An Intensive Aphasia Needs Assessment Tool.** Dissertação do Departamento de Ciências da comunicação e seus distúrbios de Western Kentucky University Bowling Green. 2016. p. 84.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C. Palliative care: an approach based on the professional health categories. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.18, n.9, p.2577-88, 2013.

Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP). **Indicadores atendimentos e cirurgias,** 2015. Disponível em: <<https://www.hcp.org.br/index.php/institucional/nossos-numeros/>>. acesso em 10 de outubro de 2019.

HUIT, M. Lymphoedema in patients treated for head and neck câncer. *Journal of Lymphoedema.* v. 6, n. 1, 2011.

INCA. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** - Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE | **Séries Estatísticas & séries Históricas.** 2018.

International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). Global data platform. 2019.

JEMAL., A et al (Eds). **The Cancer Atlas. Third.** Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society. 2019. Disponível em: [www.cancer.org/canceratlas](http://www.cancer.org/canceratlas).

KARNOFSKY, D.A.; BURCHENAL, J.H. **The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer.** In: MACLEOD, C.M. (Ed.), Evaluation of chemotherapeutic agents. Nova York: Columbia Press, 1949.

LEWIS, L.A. et al. Improved verbal communication between patients, their caregivers and the inter-professional team through a process of communication clinics: a feasibility study. **Age Ageing.** v. 45, (Suppl 1): i7–i8, 2016. doi:10.1093/ageing/afw024.32.

LIMA, M.L.F.; REGO, S.T.A.; SIQUEIRA BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Rev. bioét. (Impr.).** v. 23, n. 1, p. 31-9, 2015.

LUCA, M.D.; SANTOS, I.; BERARDINELLI, L.M.M. Nosological characteristics of clients with cancer in palliative care: self-report through the nursing appointment. **Revista Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro. v.20, n.3, p. 293-99, 2012.

MATSUMOTO, D.Y. **Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª Edição. Porto Alegre: Sulina; p. 23-41, 2012.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.19, n.3, 2016.

MOURÃO, M.T.C. **Terapia da Fala no Hospital do Mar.** In: Costa A, Othero M, editores. Reabilitação em cuidados paliativos. Loures: Lusodidacta; p. 239-41, 2014.

MOZZINI, C.B.; SCHUSTER, R.C.; MOZZINI, A.R. O esvaziamento cervical e o papel da fisioterapia na sua reabilitação. **Rev Bras de Cancerol.** v.53, n.1, p. 55-61, 2007.

O'REILY, A.C.; WALSH, M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. **Palliative Med.** v. 29, n.8, p.756-61, 2015.

OLIVEIRA, A.C.; SILVA, M.J.P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm.** 2010; 23(2):212-217.

OLIVEIRA, J.M.; REIS, J.B.; SILVA, R.A. Search for oncological care: Perception of patients and family members. **J Nurs UFPE on line Recife.** v. 12, n.4, p. 938,46, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231359p938-946-2018>.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA JUNIOR, J.J.; DAMASIO, A.C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét. [online].** v.22, n.3, p. 550-60, 2014. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014223038>.

PAPAGERAKIS, S. et al. Oral epithelial stem cells - implications in normal development and cancer metastasis. **Experimental Cell Research.** v. 325, n. 2, p. 111-29, 2014.

PELOSI MB, NASCIMENTO JS, SOUZA VLV. Pranchas de comunicação para pacientes hospitalizados. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos. Suplemento Especial. v. 22, n.1, p. 292-300.

PELOSI, M.B.; NASCIMENTO, J.S. Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. **Cad Bras Ter Ocup.** v.6,n.1, p. 53-61, 2018. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1157>>. Acesso em: 16 set. 2019.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade.** São Paulo: Paulinas, Centro Universitário São Camilo, 2008.

PINTO, A.C. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANPC), editor. **Manual de cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 358-60, 2012.

POLLENS, R.D. Integrating speech-language pathology services in palliative end-of-life care. **Top Lang Disord.** v.32, n. 2, p.137-48, 2012. <https://doi.org/10.1097/TLD.0b013e3182543533>

PUIGGRÓS, C. et al. El índice de 2009; Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. **Nutr. Hosp.,** Madrid, v. 24, n.2, p.156-60, abr. 2009.

PULINO, B.F.B. et al. Oral cancer: potentially malignant lesions and statistics of diagnosed cases in the municipality of Santo André-SP. **J Health Sci Inst.**v.29, n.4, p.231-4, 2011.

RIBEIRO, J.R.; POLESKI, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.** v.43; n. 3, p.62-72, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180172>.

RODRIGUES, M.V.C.; FERREIRA, E.D.; MENEZES, T.M.O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev Enferm UERJ**. v.18, n.1, p. 86-91, 2010.

ROE, J.W.; LESLIE, P. Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative care. **Int J Speech Lang Pathol**. v.12; n. 4; p. 329-32, 2010.  
<https://doi.org/10.3109/17549507.2010.485330>.

SANTOS, F.S. **O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice**. In: Santos FS, organizador. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 3-15.

SANTOS, M.A.; DANESI, C.C.; PINHEIRO, B.H. Relationship between survival of patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity and pathological staging, operated at the University Hospital of the Federal University of Santa Maria, RS. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. v. 43, n. 1, p.23-28, 2014; 43 (1): 23-28.

SANTOS, T.D.; SILVA, M.A.S. Comunicação não verbal com profissionais da voz: o que se pesquisa na fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**. v,18,n.6, p. 1447-55, 2016.

SAVIETO, R.M.; LEÃO, E.R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery**. v.20,n.1, Jan-Mar. 2016.

SILVA, M.J.P. Communicating bad News. *Mundo saúde*. v.36, n. 1, p. 49-53, 2012.  
Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/comunicacao\\_mas\\_noticias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf)

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.22, n.10, p.2055-66, 2006.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.4, p. 605-611. 2007.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 22, n. 3, 456-61, 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. Bioética e neurociências: os desígnios da Moíra. **Tempo Brasileiro**. v. 195, p. 5-26, 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Cien Saúde Colet**. v.9, n. 1, p. 31-41, 2004.

SOARES, L.S.B.; POLEJACK, L. Health communication: perception of users in an oncology service. **Hematology Open Access Journal**. v.9, n. 1, p. 30-7, 2016.

SOUSA, I.V. et al. Coping with problems that impact on the health of a socially vulnerable community from the residents' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.24, n.5, p. 1647-56, 2019.

THE JOINT COMMISSION. **Advancing effective communication, cultural competence and patient and family centered care: a roadmap for hospitals**, 2010.

UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: Unesco; 2005.

VELTEN, D.B. **Manifestações bucais em crianças e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico**. 2014. 114f. Dissertação - Mestrado em saúde coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de ciências da saúde, Vitoria, 2014.

VILAR, C.M.C.; MARTINS, I.M. **Câncer de Cabeça e Pescoço**. Oncologia Básica, in: VIEIRA, S.C.V. et al. 1. ed. Teresina – PI. Fundação Quixote, 2012.

WHO (World Health Organization). **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **10 facts on palliative care**. Geneva: WHO. 2017.

YORKSTON, K. **Intensive care unit communication screening protocol**, 1992. In: BEUKELMAN DR, GARRETT KL, YORKSTON KM. Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute Chronic Medical Conditions. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Co; 2007.

ZAQUEU, V.F. **A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a comunicação suplementar e/ou alternativa**/ Viviane Fazzio Zaqueu. Campinas, SP: [s.n.], 2018

**APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO PACIENTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Voluntário)**



(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR SOB O CUIDADO, AUTONOMIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS** no endereço **AVENIDA ARMINDO MOURA, 581, Q. B, BL 11ª, AP 101, BOA VIAGEM, RECIFE-PE. Telefone: (81) 99523-1815, e-mail: [Elainecfono@gmail.com](mailto:Elainecfono@gmail.com)**. (inclusive ligações a cobrar).

Esta pesquisa está sob a orientação de: Dr. Josimário João da Silva Telefone: (81) 99239-6456, e-mail: [josimario.bioetica@gmail.com](mailto:josimario.bioetica@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Tem como objetivo principal: Analisar a influência da comunicação humana nos pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos e sua relação com o cuidado, autonomia e dignidade humana.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- Inicialmente será lido e esclarecido todo este documento, conhecido como TCLE da pesquisa, só após seu consentimento daremos início as demais etapas da pesquisa;
- Será aplicado um questionário, composto por dados sociais e demográficos (Município que reside, estado civil, idade, escolaridade) e clínicos (local e tamanho da doença, metástase e tempo de tratamento) que serão coletados no prontuário. Em seguida, você responderá algumas perguntas sobre as suas habilidades e necessidades comunicativas, e questões relacionadas ao direito a informação;
- Você poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, sem dano nenhum a sua assistência na instituição.

Os Pesquisadores esclarecem que há possíveis riscos causados durante o instrumento de coleta, no entanto, tomarão todos os cuidados possíveis para não ocorrerem. Dentre os riscos podemos considerar:

Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; Mudança na autoestima provocadas por conscientização sobre sua função de fala prejudicada. Risco de quebra de sigilo. Obviamente, os pesquisadores garantem o sigilo e faremos de tudo ao nosso alcance para mantê-lo, no entanto, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você.

Como Benefícios, esse estudo visa esclarecer à equipe de saúde e comunidade as dificuldades na comunicação que você podem apresentar e a partir disto, criar estratégias comunicativas que serão modificadoras nas tomadas de decisões, permitindo que você e outros tenham autonomia no processo de cuidado e que favoreça a inclusão social. A autonomia e

respeito à dignidade são eixos centralizadores no cuidado, por tanto, os resultados obtidos permitirão elaborações de estudos e ferramentas acessíveis que visem facilitar o processo de cuidado a partir da comunicação.

Não haverá ressarcimento com objetos materiais e/ou em espécies, no entanto, se necessário, aos voluntários que apresentarem necessidades importantes serão encaminhados ao ambulatório de Psicologia e/ou Fonoaudiologia.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa como entrevistas, ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora **ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS**, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br**).

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E OROFARINJE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR SOB O CUIDADO, AUTONOMIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade no meu tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão digital

(opcional)

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (ACOMPANHANTE)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Acompanhante)**



(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR SOB O CUIDADO, AUTONOMIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS** no endereço **AVENIDA ARMINDO MOURA, 581, Q. B, BL 11ª, AP 101, BOA VIAGEM, RECIFE-PE. Telefone: (81) 99523-1815, e-mail: [Elainecfono@gmail.com](mailto:Elainecfono@gmail.com)**. (inclusive ligações a cobrar).

Esta pesquisa está sob a orientação de: Dr. Josimário João da Silva Telefone: (81) 99239-6456, e-mail: [josimario.bioetica@gmail.com](mailto:josimario.bioetica@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Tem como objetivo principal: Analisar a influência da comunicação humana nos pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos e sua relação com o cuidado, autonomia e dignidade humana.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- Inicialmente será lido e esclarecido todo este documento, conhecido como TCLE da pesquisa, só após seu consentimento daremos início as demais etapas da pesquisa;
- Será aplicado dois questionários, um composto por dados sociais e demográficos (Estado civil, idade, escolaridade, grau de parentesco, tempo de acompanha o paciente no tratamento) que serão coletados através de entrevista em um espaço reservado/privado. Em seguida, você responderá três perguntas sobre as estratégias comunicativas utilizadas para comunicação cuidador-paciente. Será necessário gravar as respostas para que o pesquisador possa escrever posteriormente.

Os Pesquisadores esclarecem que há possíveis riscos causados durante o instrumento de coleta, no entanto, tomarão todos os cuidados possíveis para não ocorrerem. Dentre os riscos podemos considerar:

Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; Desconforto ou alterações de comportamento durante gravações de áudio; Risco de quebra de sigilo. Obviamente, os pesquisadores garantem o sigilo e faremos de tudo ao nosso alcance para mantê-lo, no entanto, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você.

Como Benefícios, esse estudo visa esclarecer à equipe de saúde e comunidade as dificuldades na comunicação que o paciente com tumor de boca ou orofaringe em cuidados paliativos podem apresentar durante o adoecimento e a partir disto, criar estratégias comunicativas que serão modificadoras nas tomadas de decisões, permitindo que o paciente e outros tenham autonomia no processo de cuidado, além de, favorecer a inclusão social. A

autonomia e respeito à dignidade são eixos centralizadores no cuidado, por tanto, os resultados obtidos permitirão elaborações de estudos e ferramentas acessíveis que visem facilitar o processo de cuidado a partir da comunicação e para medidas facilitadoras da comunicação do paciente junto ao seu cuidador – família – social.

Não haverá ressarcimento com objetos materiais e/ou em espécies, no entanto, se necessário, aos voluntários que apresentarem necessidades importantes serão encaminhados ao ambulatório de Psicologia e/ou Fonoaudiologia.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa como gravações e entrevistas, ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora **ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS**, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR SOB O CUIDADO, AUTONOMIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade no acompanhamento na instituição.

Local e data \_\_\_\_\_ Assinatura do participante:

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICAS E  
CLÍNICAS (PACIENTE)**

**Projeto:** A Comunicação Humana em Pacientes com Tumores de Boca e Orofaringe em

**Cuidados Paliativos:** um olhar sob o cuidado, autonomia e dignidade da pessoa humana.

**Pesquisadora responsável:** Elaine Cristina Bezerra dos Santos.

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS**

---

Sexo: 1 ( ) F 2 ( ) M

D.N.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estado civil:

1 ( ) Solteiro 2 ( ) Casado/União Estável 3 ( ) Separado/Divorciado 4 ( ) Viúvo

Grau de escolaridade:

1 ( ) não sabe ler nem escrever 2 ( ) ensino fundamental incompleto

3 ( ) ensino fundamental completo 4 ( ) ensino médio incompleto

5 ( ) ensino médio completo 6 ( ) ensino superior incompleto

7 ( ) ensino superior completo

Religião: 1 ( ) Sim 2 ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

1 ( ) TU boca. Localização: \_\_\_\_\_

2 ( ) TU Orofaringe

Metástase? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não. Se sim, localização \_\_\_\_\_

Estadiamento da doença: T \_\_\_\_ N \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Você tem conhecimento sobre sua doença? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Há quanto tempo você está em tratamento Oncológico?

1 ( ) até 6 meses 2 ( ) 6 - 12 meses 3 ( ) 12 meses a 18 meses 4 ( ) 18 meses a 24 meses 5

( ) 2 anos ou mais.

Escala de Performance – Karnofsky: \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICAS  
(ACOMPANHANTE)**

**Projeto: A Comunicação Humana em Pacientes com Tumores de Boca e Orofaringe em**

**Cuidados Paliativos:** um olhar sob o cuidado, autonomia e dignidade da pessoa humana.

**Pesquisadora responsável:** Elaine Cristina Bezerra dos Santos.

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS**

Sexo: (    ) F            (    ) M

Idade:

Nível parentesco:

(    ) Mãe

(    ) Pai

(    ) Irmão/Irmã

(    ) Cônjuge

(    ) Filho/ filha

(    ) Parentes de segundo grau

(    ) Cuidador

(    ) Outro: Descrever:

Escolaridade:

(    ) Não alfabetizado

(    ) 2º grau completo

(    ) 1º grau incompleto

(    ) 3º grau incompleto

(    ) 1º grau Completo

(    ) 3º grau completo

(    ) 2º grau incompleto

Estado Civil: (    ) Solteiro (a)

(    ) Divorciado (a)

(    ) Casado (a)

(    ) Viúvo (a)

(    ) Outro

Quanto tempo o/a acompanha: \_\_\_\_\_ (meses).

**APENDICE E - QUESTÕES SUBJETIVAS E OBJETIVAS SOBRE AS HABILIDADES E ESTRATÉGIAS COMUNICATIVAS (ACOMPANHANTE).**

1. Existe alguma dificuldade na comunicação entre o cuidador e paciente? E quais as principais dificuldades observadas nesta comunicação?
2. Quais são as formas comunicativas utilizadas para compreensão de sentimentos e vontades?
3. De que forma você observa que dificuldade na comunicação interferiu na vida do paciente?

**ANEXO A - ADAPTAÇÃO DO INTENSIVE CARE UNIT COMMUNICATION  
SCREENING PROTOCOL**

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

Cite as estratégias verbais e não-verbais utilizadas na sua comunicação.

- 1 (  ) Escrita
- 2 (  ) Fala/ articulação
- 3 (  ) gestos
- 4 (  ) Prancha de comunicação
- 5 (  ) Desenhos/imagens
- 6 (  ) Apenas movimento de cabeça
- 6 (  ) Não utiliza nenhuma estratégia comunicativa (Critério exclusão).

**ANEXO B - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO APHASIA NEEDS ASSESSMENT**

1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

	<u>Necessidade comunicativa</u>				
	Ruim		Média		Boa
Como está sua comunicação?	1	2	3	4	5

**ANEXO C- QUESTÕES RELACIONADAS AO DIREITO À INFORMAÇÃO**

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

Com estas questões pretendemos conhecer as suas experiências e opiniões relacionadas com o seu direito à informação. Responda a cada uma delas de acordo com o indicado.

1 – Como classifica os seus desejos relativos à informação sobre a doença?

- Quero ser informado de tudo o que se passa.
- Não quero receber nenhuma informação
- Quero que me digam só as coisas mais simples
- Quero que me digam tudo exceto os pormenores técnicos

2 – Durante a sua doença, sentiu que as informações dadas à sua família pelos profissionais de saúde foram, geralmente:

- Adequadas
- Disseram-lhes menos do que o necessário
- Disseram-lhe mais do que o necessário

3 – Diria que os profissionais de saúde:

- Dizem sempre tudo a você e sua família/ cuidadores
- Escondem muitas informações a você e sua família/ cuidadores
- Dizem muito mais à família/cuidadores do que a você

4 – Você já participou junto à equipe sobre a escolha em seu tratamento:

- Sim
- Algumas vezes
- Não
- Não conheço sobre o tratamento

5 – Os conhecimentos que possui sobre a doença, foram obtidos:

- Através do médico
- Através do enfermeiro
- Na Internet
- Em livros ou revistas
- Através de família/amigos
- Outro

6 – Quando faz perguntas sobre a sua doença obteve respostas claras?

- Sim, sempre

- ) Umas vezes sim, outras não
- ) Não, respondem-me de forma confusa ou não me respondem
- ) Não faço perguntas sobre a doença

7- Quando falou com a equipe de saúde sobre os seus medos e ansiedades, obteve o apoio que precisava?

- ) Sim
- ) Não
- ) Umas vezes sim, outras não
- ) Não senti medos ou ansiedades
- ) Não falei sobre os meus medos e ansiedades

8- Alguma vez pensou que não valia a pena fazer perguntas a um profissional de saúde porque este não lhe iria responder?

- ) Sim
- ) Não

9 – Deixou escritas/verbalizou a pessoa de confiança as recomendações que orientarão os seus futuros cuidados de saúde ou escolhas individuais no seu curso de vida?

- ) Sim
- ) Não

10 – Os profissionais deixaram de informar sua situação de saúde ou perguntar sua decisão por seu problema na comunicação?

- ) Sim
- ) Não
- ) Não tenho problema na comunicação

## ANEXO D - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP – UFPE.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A COMUNICAÇÃO HUMANA EM PACIENTES COM TUMORES DE BOCA E OROFARINGE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR SOB O CUIDADO, AUTONOMIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

**Pesquisador:** ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16628719.2.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.585.386

#### Apresentação do Projeto:

O projeto tem como título "A Comunicação Humana em Pacientes com Tumores de Boca e Orofaringe em Cuidados Paliativos: um olhar sob o cuidado, autonomia e dignidade da pessoa humana". Trata de uma pesquisa a ser desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde por Elaine Cristina Bezerra dos Santos, a qual será orientada pelo Prof. Dr. Josimário João da Silva.

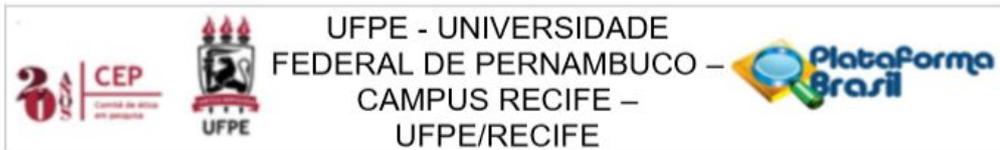
#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência da comunicação humana nos pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos e sua relação com o cuidado, autonomia e dignidade humana. Objetivo Secundário:

Desenhar o perfil dos pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos; Conhecer as estratégias de comunicação utilizadas por pacientes com tumores de boca e orofaringe em estágio avançado; Descrever os impactos da comunicação humana sob o cuidado, autonomia e dignidade da pessoa humana do paciente com Câncer de Boca e Orofaringe em cuidados paliativos; Identificar os impactos da comunicação do paciente com equipe de saúde e

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.585.386

família/cuidadores; Conhecer as dificuldades de comunicação dos pacientes com tumores de boca e orofaringe em estágio avançado na perspectiva do cuidador.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

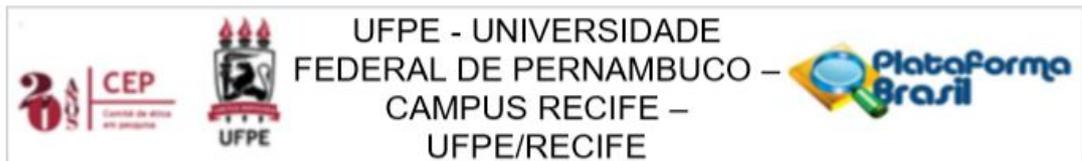
Os autores enfatizam que há possíveis riscos causados durante o instrumento de coleta, no entanto, os pesquisadores tomarão todos os cuidados possíveis para não ocorrerem. Dentre os riscos podemos considerar: - Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; - Desconforto ou alterações de comportamento durante gravações de áudio; - Alterações na autoestima provocadas por conscientização sobre sua função incapacitante; - Risco de quebra de sigilo. Obviamente, os pesquisadores garantem o sigilo e faremos de tudo ao nosso alcance para mantê-lo, no entanto, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado. Benefícios:

O estudo deverá esclarecer os fatores que influenciam na comunicação humana dos pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos no Hospital de referência em Oncologia de Pernambuco. Esse estudo visa esclarecer à equipe de saúde e comunidade as dificuldades que os sujeitos com tumores avançados de boca e orofaringe apresentam, e a partir disto, criar estratégias comunicativas que serão modificadoras nas tomadas de decisões, permitindo que o sujeito tenha autonomia no processo de cuidado e que favoreça a inclusão social. A autonomia e respeito à dignidade são eixos centralizadores no cuidado a pessoa humana, por tanto, os resultados obtidos permitirão elaborações de estudos e ferramentas acessíveis que visem facilitar o processo de cuidado a partir da comunicação direta ao autor principal deste processo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa trata-se de um estudo quanti-qualitativo, de caráter descritivo e de corte transversal, a qual será conduzida no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), no período de Agosto a Dezembro de 2019. A população do estudo será composta por 71 pacientes com tumores de boca e orofaringe em cuidados paliativos, e seus acompanhantes no serviço de cuidados paliativos durante período de internação ou atendimento ambulatorial no Hospital Dia.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

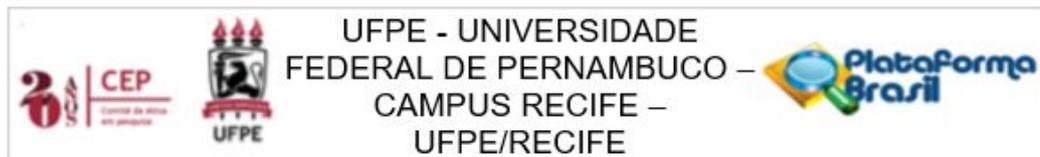


Continuação do Parecer: 3.585.388

A amostra será por conveniência e a coleta de dados será através de leitura diária das fichas dos pacientes em atendimento ambulatorial/por dia no serviço de cuidados paliativos. Essas fichas são preenchidas diariamente e contém o nome, registro, diagnóstico e classificação de abordagem paliativa exclusiva ou não. Aos pacientes internados serão acompanhados os registros diários e de admissão e analisados os sujeitos elegíveis para coleta. A partir desta busca inicial, os voluntários serão recrutados respeitando os critérios de elegibilidade. As demais etapas da coleta de dados serão iniciadas após consentimento esclarecido do voluntário e seu acompanhante/cuidador, através da leitura e assinatura dos termos de consentimentos Livres e esclarecidos da pesquisa (TCLE).

Então será aplicado questionário composto por dados sociodemográficos (grau de parentesco, escolaridade, sexo, idade, tempo que acompanha o paciente no tratamento) e clínicos que serão coletados no prontuário. Em seguida serão coletadas as habilidades comunicativas, as necessidades comunicativas e questões relacionadas ao direito a informação. Posteriormente, outro questionário será aplicado contendo três perguntas sobre as estratégias comunicativas realizadas entre paciente-cuidador para isto, sendo utilizado gravador para análise do discurso e transcrição das informações. Os questionários para coleta de dados serão operacionalizados unicamente pela equipe de pesquisa. Durante a coleta de dados junto ao acompanhante/cuidador, o mesmo será conduzido a um ambiente separado do paciente para não haver constrangimento. Para os dados qualitativos será utilizado o método de análise de conteúdo, do tipo análise temática em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. O estudo será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – HCP, respeitando os princípios éticos e

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.585.386

aspectos legais vigentes, de acordo com a Resolução 466/2012.

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

Os termos de apresentação obrigatória, foram todos devidamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.585.386

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1231696.pdf	16/06/2019 20:45:41		Aceito
Outros	CARTADERESPOTAAPENDENCIA.docx	16/06/2019 20:43:59	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOplataformaufpe.doc	05/04/2019 19:19:04	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLMaiores18acompanhante.doc	02/04/2019 12:08:17	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLMaiores18voluntario.doc	02/04/2019 12:08:07	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TCCUFPE.pdf	02/04/2019 11:52:29	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	img014.pdf	27/04/2019 14:23:02	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	SETORFONOAUDIOLOGIA.jpg	27/04/2019 14:19:09	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	GERENCIAENFERMAGEM.jpg	27/04/2019 14:18:43	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTAANUENCIA.jpg	27/04/2019 14:18:04	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	AutUsoimagemedeptoimento.doc	16/04/2019 15:51:34	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	historicoescolar.pdf	16/04/2019 15:50:32	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculosLattesJosimarioJoacodaSilva.pdf	11/04/2019 23:07:24	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculosLattesElaineCristinaBezerradosSantos.pdf	11/04/2019 23:05:59	ELAINE CRISTINA BEZERRA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Junho de 2019

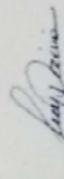
Assinado por:  
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO  
(Coordenador(a))

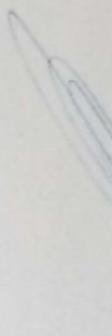
**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepcos@ufpe.br

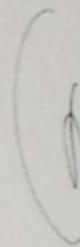
**II SIMPÓSIO DE FONOAUDILOGIA NO ÂMBITO HOSPITALAR E I ENCONTRO DE FONOAUDILOGIA EM TERAPIA INTENSIVA DO REAL HOSPITAL PORTUGUÊS**

**CERTIFICADO**

Certificamos que o trabalho O papel da comunicação no cuidado ao paciente com sturnebs de boca e enforajunqes em cuidados paliativos de autoria de Zanderson Correia Louma, Elaine Cristina de Rezende dos Santos, Isabella Cristina Freitas da Silva, Danielle de Souza Feres Diniz, Jofimário Jofir da Silva recebeu o 3º lugar do PRÊMIO REAL FONO DE TERAPIA INTENSIVA no II Simpósio de Fonoaudiologia no Âmbito Hospitalar e I Encontro de Fonoaudiologia em Terapia Intensiva do Real Hospital Português, realizado no dia 26 de outubro de 2019.

  
Fabíola Diniz  
Coordenação Real Fono  
CRFa. 1-7307

  
Dr. Cristiano Augusto Hecksher  
Diretor Médico  
CRM - 11054/PE

  
Dra. Maria do Carmo Lencastre  
Inst. de Ensino e Pesquisa  
Alberto Ferreira da Costa  
CRM - 8325/PE

 REAL HOSPITAL PORTUGUÊS REAL FONO