

ANDERSON BORGES DE CARVALHO

**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM
PACIENTES NO PERÍODO PÓS-CIRURGIA DE CABEÇA E
PESCOÇO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE - MS
2020**

ANDERSON BORGES DE CARVALHO

**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM
PACIENTES NO PERÍODO PÓS-CIRURGIA DE CABEÇA E
PESCOÇO**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência para a obtenção do título de Doutor em Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Heloísa Bruna Grubits.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE / MS
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Católica Dom Bosco
Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

C331q Carvalho, Anderson Borges de
Qualidade de vida e estratégias de coping em pacientes
no período pós-cirurgia de cabeça e pescoço/ Anderson
Borges de Carvalho, sob a orientação da Profa. Dra.
Heloisa Bruna Grubits e Prof. Dr. José Ángel Vera
Noriega. -- Campo Grande, MS : 2021.
121 p.: il.;

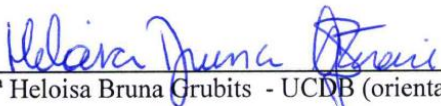
Tese (Doutorado Psicologia) -Universidade Católica
Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2021
Bibliografia: p. 93-104

1. Oncologia - Aspectos psicológicos. 2. Psicologia
da saúde. 3. Câncer de mama - Qualidade de vidaI.Grubits,
Heloisa Bruna. II.Noriega, José Angel Vera. III. Título.

CDD: Ed. 24 -- 155.93

A tese apresentada por **ANDERSON BORGES DE CARVALHO**, intitulada “**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES NO PERÍODO PÓS-CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi... *aprovada*

BANCA EXAMINADORA


Profª Drª Heloisa Bruna Grubits - UCDB (orientadora)

Drº Carlos Alberto Ferreira de Freitas – UFMS

Drº José Ángel Vera Noriega – CIAD AC

Dra. Sonia Grubits - UCDB

Campo Grande-MS, 23 de abril de 2020.

**“Tudo posso naquele que me fortalece”
Filipenses 4:13**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits, que conheci durante a graduação de Fonoaudiologia nas aulas de Psicomotricidade. Obrigado pelo aceite em me ter como seu orientando, num momento difícil do início desta trajetória em que me vi com um projeto, ávido pela pesquisa e sem um professor para me acompanhar. Agradeço também por sua contribuição, cobrança, compreensão e imensa paciência nos ajustes da pesquisa, aproximando-se assim da minha identificação como profissional fonoaudiólogo.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, meu orientador do mestrado que tanto me incentivou a participar do processo seletivo do doutorado e me acompanhou durante o primeiro semestre.

Aos professores, Dr. André Barciela Veras, Dr. Carlos Alberto Ferreira de Freitas, Dr. José Ángel Vera Noriega e Dra. Sonia Grubits, pelo aceite ao convite em compor a banca examinadora desta tese.

Ao Dr. Amauri Ferrari Paroni e Dr. Carlos Alberto Ferreira de Freitas, cirurgiões de cabeça e pescoço, que gentilmente autorizaram seus pacientes pós-cirúrgicos a participarem da pesquisa.

A todos pacientes pós-cirúrgicos que responderam os quatro instrumentos de pesquisa durante a coleta de dados e muito contribuíram para meu enriquecimento profissional e mudança de postura frente aos meus atendimentos no serviço de fonoaudiologia.

À presidência da Fundação Carmem Prudente do Mato Grosso do Sul, mantenedora do Hospital de Câncer “Alfredo Abrão” e à Diretoria Técnica pela autorização e confiança a mim concedida, para a realização da coleta de dados.

À minha querida amiga acreana Claudia Dourado, por toda sua paciência, apoio e companheirismo durante o percurso do doutorado. Amizade esta que surgiu durante as aulas e que embora, agora separada por uma distância geográfica, está fortalecida pelo resto da vida.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelos momentos compartilhados de conhecimentos e trocas valiosas de experiência.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Luciana e Walkyria, pelo atendimento e dedicação ao trabalho.

A todos os demais que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este projeto se realizasse.

Dedico este trabalho a Deus, pela vida e a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro por iluminar meu caminho durante toda a trajetória do doutorado.

À minha família pela paciência e compreensão durante minhas ausências. Em especial aos meus pais, Pedro e Neide, base da minha caminhada e caráter.

Aos pacientes do Hospital de Câncer “Alfredo Abrão”, que me impulsionam cada vez mais a me dedicar à Fonoaudiologia, com foco na qualidade de vida e no atendimento humanizado.

RESUMO

O câncer causa um desgaste psicofísico e social. O tratamento cirúrgico e possíveis medidas quimioterápicas e/ou radioterápicas podem levar à ansiedade referente à cura ou retorno ao tratamento, o que favorece quadros que influenciam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. As estratégias de enfrentamento (*coping*) são fundamentais para a superação do estresse se e, no Câncer de Cabeça e Pescoço, ligadas à resiliência e vivência do tratamento e recuperação. O objetivo desta pesquisa foi avaliar pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital de Câncer “Alfredo Abrão” (Campo Grande / MS), identificando as estratégias de *coping* mais utilizadas no enfrentamento da doença e sua percepção associada de qualidade de vida relacionada à saúde. Trata-se de estudo exploratório descrito, de corte transversal, entre pacientes (n=55) atendidos pelo Serviço de Cabeça e Pescoço que receberam tratamento cirúrgico uma semana antes do início da aplicação da pesquisa, e aderiram ao estudo a partir do critério da participação livre e espontânea. Foram aplicados questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde elaborado pelo autor do estudo; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire – Core 30* (EORTC QLQ-C30) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Head and Neck Module – 35* (EORTC QLQ-H&N35) específico ao câncer de cabeça e pescoço e Escala de *Coping* de Billings e Moos para a aferição. O Câncer de Cabeça e Pescoço se mostrou complexo, mas de cura viável em muitos casos, mesmo avançados, com perspectiva de reestabelecimento relativamente melhor que no câncer em geral. A Qualidade de Vida é afetada na doença sobretudo quanto aos referenciais de socialização (função social, alimentação social, integração com o outro), com recorrentes restrições nutricionais, tensões e risco de isolamento. Já o *coping* no Câncer de Cabeça e Pescoço foi relacionado ao fato de que a presença de filhos é motivadora à maior percepção positiva de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, ao contrário da renda que, quando menor, mais restritiva se faz apresentar esta condição. Os principais comprometimentos relacionados a este fator em geral são associados a Função Física, Emocional e Social, sendo a disfagia um dos principais fatores de efeito negativo à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. A disfonia é outro fator de decréscimo desta condição, com forte relação à fadiga. A idade tem papel determinante para o agravamento de problemas nutricionais, sendo o Câncer de Cabeça e Pescoço conduz ao maior consumo de suplementos nutricionais e alterações como perda de peso e alimentação por sonda ou tubo. Quanto maior a idade, menor tende a ser a adesão às estratégias de *coping*, sendo o tipo comportamental com enfoque no problema o mais utilizado por mulheres no Câncer de Cabeça e Pescoço, sendo a recepção de atendimento psicológico um fator de ampliação do enfoque à emoção, sendo a mediação da subjetividade importante para o controle de gatilhos. O *coping* nesta doença, de forma ideal, se mostrou como junção de emoção e foco no problema, sendo indicados estudos de acompanhamento em períodos posteriores cirúrgicos.

Palavras-chave: Oncologia. Cânceres de alto impacto. Psicologia da Saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Cancer causes psychophysical and social strain. Surgical treatment is possible. Chemotherapy and/or radiotherapy measures can lead to anxiety regarding cure or return to treatment, which favors conditions that influence Health-Related Quality of Life. Coping strategies *coping* are fundamental for overcoming stress if and, in Head and Neck Cancer, linked to resilience and treatment and recovery experience. The objective of this research was to evaluate patients treated surgically by the Head and Neck Service of the Alfredo Abrão Cancer Hospital (Campo Grande / MS), identifying the *coping* strategies most used in coping with the disease and their associated perception of health-related quality of life. This is an exploratory study described, cross-sectional, among patients (n=55) attended by the Head and Neck Service who received surgical treatment one week before the beginning of the application of the research, and adhered to the study based on the criterion of free and spontaneous participation. A sociodemographic, occupational and health questionnaire elaborated by the study author was applied; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire – Core 30* (EORTC QLQ-C30) and *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Head and Neck Module – 35* (EORTC QLQ-H&N35) specific to head and neck cancer and *Billings and Moos Coping Scale* for measurement. Head and Neck Cancer proved complex but viable in many cases, even advanced, with a relatively better prospect of re-establishment than in cancer in general. Quality of life is affected in the disease, especially regarding the references of socialization (social function, social diet, integration with the other), with recurrent nutritional restrictions, tensions and risk of isolation. On the other hand, *coping* in Head and Neck Cancer was related to the fact that the presence of children is motivating to the higher positive perception of Health-Related Quality of Life, unlike income that, when lower, more restrictive is presented this condition. The main impairments related to this factor are generally associated with Physical, Emotional and Social Function, and dysphagia is one of the main factors of negative effect on Health-Related Quality of Life. Dysphonia is another factor of decrease of this condition, with a strong relationship to fatigue. Age plays a decisive role in the worsening of nutritional problems, and Head and Neck Cancer leads to greater consumption of nutritional supplements and changes such as weight loss and feeding by tube or tube. The older the age, the lower the adherence to coping strategies tends to be, and the behavioral type focusing on the problem is the most used by women in Head and Neck Cancer, and the reception of psychological care is a factor for broadening the focus on emotion, and the mediation of subjectivity is important for trigger control. *Coping* in this disease, ideally, was shown to be a combination of emotion and focus on the problem, and follow-up studies in later surgical periods were indicated.

Keywords: Oncology. High-impact cancers. Health Psychology. Quality of Life.

LISTA DE SIGLAS

CCP:	Câncer(es) de Cabeça e Pescoço
CCR:	Centro de Captação de Recursos
CEP:	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
CP:	Cabeça e Pescoço
DIF:	Dificuldades Financeiras
DP:	Desempenho de papel
ECBM:	Escala de Coping de Billings e Moos
EGS/QV:	Estado Geral de Saúde /Qualidade de Vida
EORTC QLQ:	European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire
FAD:	Fadiga
FC:	Função Cognitiva
FE:	Função Emocional
FF:	Função Física
FS:	Função Social
H&N:	Head and Neck
HCAA:	Hospital de Câncer “Alfredo Abrão”
HNDR:	Boca seca
HNFE:	Alimentação por tubo
HNFI:	Sentir-se doente
HNU:	Suplementos nutricionais
HNPK:	Gatilhos de dor
HNSC:	Problemas com contato social
HNSE:	Problemas Sensoriais
HNSO:	Problemas com a alimentação social
HNSP:	Problemas na fala
HNSW:	Deglutição
HNTE:	Baixa sexualidade
HNWL:	Perda de peso
HPV:	Papiloma Vírus Humano
HROoL:	<i>Health-Related Quality of Life</i>
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
INS:	Insônia
OMS:	Organização Mundial da Saúde
QV:	Qualidade de Vida
QVRS:	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RFCCMS:	Rede Feminina de Combate ao Câncer
SCP:	Serviço de Cabeça e Pescoço
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCDB:	Universidade Católica Dom Bosco

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis descritivas dos pacientes (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	61
Tabela 2 – Teste de correlação significativo entre as variáveis e o EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	63
Tabela 3 – Teste <i>t-student</i> significativos com presença de acompanhantes e domínios do EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	64
Tabela 4 – Teste <i>t-student</i> significativos entre se o paciente possui disfagia e domínios do EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	64
Tabela 5 – Teste <i>t-student</i> significativos entre se o paciente possui disfonia e domínios do EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	65
Tabela 6 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente foi encaminhado para nutricionista e os domínios EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	66
Tabela 7 – Testes de correlação significativos entre as variáveis e o EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	66
Tabela 8 – Testes <i>t-student</i> significativos entre o sexo do paciente e os domínios do QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	67
Tabela 9 – Testes <i>t-student</i> significativos entre o estado civil do paciente e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	68
Tabela 10 – Testes <i>t-student</i> significativos entre a cidade do paciente e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	68
Tabela 11 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se paciente necessita de acompanhante e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	69
Tabela 12 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente vai fazer tratamento e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	69
Tabela 13 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente possui disfagia e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	70
Tabela 14 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente possui disfonia e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017).....	71
Tabela 15 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente recebe atendimento nutricional e domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	71
Tabela 16 – Testes de correlação significativos entre as variáveis e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	72
Tabela 17 – Testes <i>t-student</i> significativos entre o sexo do paciente e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	72
Tabela 18 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente foi encaminhado para psicólogo e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	73
Tabela 19 – Testes <i>t-student</i> significativos entre se o paciente foi encaminhado para nutricionista e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)	73

Tabela 20 – Testes de correlação linear que se mostraram estatisticamente significativos entre o inventário de *Coping* e o EORTC QLQ – C30 74

Tabela 21 – Testes de correlação linear que se mostraram estatisticamente significativos entre o Inventário de *Coping* – Billings & Moos em relação ao QLQ – H&N35 75

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO (CCP)	25
3.1 CIRURGIA	29
3.2 RADIOTERAPIA.....	30
3.3 QUIMIOTERAPIA	31
3.4 TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	32
3.5 TERAPIAS FOCAIS	33
3.6 INIBIDORES DE ANGIOGÊNESE.....	33
3.7 IMUNOTERAPIA.....	34
3.8 GENÉTICA.....	34
3.9 PROFILAXIA E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE	35
4 QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM CPP.....	36
4.1 TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO (CCP)	40
4.2 IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO CCP	42
4.2.1 As Desfigurações.....	44
4.2.2 Ambiente e Tensão Emocional de Tratamento e Cirurgia.....	45
4.2.3 Relações Sociais	47
4.2.4 Vida profissional / produtiva e lazer	48
4.3 ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> DE PACIENTES COM CCP	48
4.3.1 Diagnóstico ao período pré-cirúrgico.....	49
4.3.2 Pré-operatório imediato, tardio e cuidados paliativos.....	50
4.3.3 Estratégias de <i>coping</i> no pré-operatório imediato, tardio e cuidados paliativos.....	52
5 MÉTODO.....	55
5.1 O LOCAL DE ESTUDO	56
5.2 PARTICIPANTES.....	56
5.3 INSTRUMENTOS	57
5.4 PROCEDIMENTOS.....	58
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	59

6 RESULTADOS	60
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE CCP	61
6.2 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS <i>EORTC QLQ-C30</i> EM CRUZAMENTO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	63
6.3 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS <i>EORTC QLQ-H&N35</i>	66
6.4 COPING E QUALIDADE DE VIDA: RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DO INVENTÁRIO DE COPING DE BILLINGS & MOOS	72
7 DISCUSSÃO	76
8 CONCLUSÕES.....	87
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXOS	105
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
ANEXO 2 – <i>EORTC QLQ-C30</i>	
ANEXO 3 – <i>EORTC QLQ-H&N35</i>	
ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
APÊNDICES	117
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, OCUPACIONAL E DE SAÚDE	
APÊNDICE 2 – AUTORIZAÇÃO DIRETORIA TÉCNICA	
APÊNDICE 3 – AUTORIZAÇÃO PRESIDENTE FUNDAÇÃO CARMEM PRUDENTE	
APÊNDICE 4 – ESCALA DE COPING DE BILLING E MOOS (ECBM)	

O diagnóstico de um câncer representa a confirmação de uma doença envolvida em uma percepção de dor, sofrimento e irreversibilidade, com alto impacto biopsicossocial (SALIMENA et al., 2013). O tratamento ou palição da doença alteram as formas de ser e de viver do paciente, com restrições de mobilidade, dores, indisposição, alterações físicas ou mutilações, decorrentes de um tratamento longo e agressivo, com toda a sua esperada invasividade.

O diagnóstico de câncer simboliza a entrada do paciente ou o retorno (caso já tenha vivido antes a experiência) a um mundo em que é passivo e recebem cuidados (Santana e Peres, 2013), procedimentos e perde o controle sobre sua vida e projetos. Não por menos este é quase sempre um evento interpretado como uma tragédia.

No aspecto biopsicossocial do paciente de câncer, ocorre o processo de admissão das restrições importantes dadas pela doença e seu tratamento, em uma frequente imprevisibilidade sobre resultados e duração do tratamento (OLIVEIRA; SOUZA, 2017). Se antes havia autonomia e uma rotina, o câncer e seu tratamento alteram toda a vida do paciente, de forma temporária ou não, colocando projetos e perspectivas fora do centro e estabelecendo o protagonismo da doença.

É natural que o tratamento ou palição sejam acompanhados de mudanças nos hábitos de vida, alimentação, socialização e imagem corporal, dentre outras. A identidade do paciente se reconfigura indivíduo doente, com diversas questões que se formam na subjetividade do viver com o câncer.

O sofrimento psicológico é natural ao diagnóstico e tratamento oncológico, acompanhado em geral de depressão, ansiedade, desesperança, medo, frustração e incertezas quanto a uma doença que, mesmo com maior êxito de tratamentos, permanece desafiadora quanto aos seus resultados e impactos (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

Entre a descoberta da doença e seu desfecho, o paciente de câncer descobre formas de enfrentar o momento, idealmente se adaptando a da forma possível à situação. Embora a realidade seja distante do idealizado, se o paciente desenvolve recursos para o perpassar, a situação se torna mais tolerável.

Em uma interpretação transicional, o *coping* surge representa a forma pela qual o sujeito media as suas tensões e aflições frente ao ambiente crítico e responde ao estresse de sua presença nele (ANDREOTTI et al., 2015). A intenção do *coping* é ou reduzir ou erradicar o estresse, tendo por principal interesse a sobrevivência.

O *coping* é formado por uma rede de fatores variável a cada indivíduo, com componentes cognitivos, comportamentais, emocionais, sociais e fisiológicos. Há uma natureza multidimensional no *coping* que permite a constituição individual e particular, levantando as frentes próprias a cada um para o perpasso de situações críticas (BADR; KREBS, 2013). No caso do câncer, importa como o indivíduo e os seus interpretam a doença e suas possibilidades para a mobilização das estruturas individuais para o enfrentamento.

Assim como é multifatorial, o *coping* é próprio, mas não se desenvolve individualmente. A sua qualidade e configuração dependem das repercussões no meio frente a situação ou fator estressor, sobretudo daquelas pessoas de convívio mais próximo que formam o círculo familiar e interpessoal do paciente.

Como estas pessoas interpretam o fator de estresse, no caso o câncer, e quais as atividades e disposições que esses grupos oferecem, determinam as âncoras de apoio ao paciente para a construção de seu *coping* e as interpretações que poderá interiorizar sobre sua condição para melhores respostas. O conceito de meio trazido é o do convívio de intimidade e influência, o círculo de vida que permanece ativo e influente mesmo na condição de doença (ANDREOTTI et al., 2015; BADR; KREBS, 2013).

O *coping* é fundamental para um melhor perpasso do tratamento do câncer, repleto de vivências que requerem adaptações que acometem a capacidade funcional, autonomia e condições gerais de vida. Cirurgias tendem a acentuar as restrições, em um período que é marcado pelo decréscimo na percepção da Qualidade de Vida (QV).

A QV é um termo utilizado em geral para se referir às condições de saúde e de doença relacionadas à percepção e fruição do indivíduo junto ao meio. Representa quanto e como o sujeito interpreta sua condição de vida. Diversas condições psicossociais e ligadas a doenças físicas ou mentais afetam essa percepção, fato de interesse constante dos estudos em saúde para o conhecimento de abordagens suficientes a um aproveitamento

positivo do viver (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2014). São frequentes estudos que procuram avaliar a QV entre indivíduos saudáveis ou não, populações gerais e específicas.

A QV é acompanhada de subjetividade, mas, contemporaneamente, no lugar de uma lacuna conceitual, o termo é tem caráter multidimensional em que representa tudo o que é relacionado à autopercepção do indivíduo às condições que vive. A QV é individual: indivíduos em uma mesma situação podem ter percepções completamente diferentes.

A QV é formada por fatores como domínios ambientais, sociais, psicológicos e físicos, e cada um possui valores individuais de importância, que variam conforme a situação e interesse de mensuração da QV. São constructos que formam uma visão sustentada na satisfação, senso de vida, disposição e reações afetivo-funcionais-emocionais frente às vivências, que podem tornar melhores ou piores as diversas experiências e condições de vida (VAGETTI et al., 2013). Embora seja distinta do bem-estar, há na QV uma relação com a percepção dessa sensação, o que justifica a frequente incorporação de conceitos que auxiliem à compreensão holística dos sujeitos frente à sua percepção de fruição de vida.

O senso comum dissocia a QV da doença, mas essa dissociação não é tão simples: mesmo em meio a doenças graves, a QV é importante para mensuração de efetividade de tratamentos clínicos e para a abordagem subjetiva do paciente (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2013). Não se trata de uma visão idealizada de felicidade e bem-estar frente ao adoecimento – mas do acesso e percepção de condições ao máximo positivas dentro dos quadros vivenciados, de forma que a fruição de vida se torna viável.

É por meio da QV como variável no tratamento do câncer que é possível mensurar e trabalhar grande parte dos impactos que ocorrem no aspecto físico e psicológico dos sujeitos acometidos pelo câncer e, com isso, conhecer melhor como o paciente enfrenta a doença e quais são as suas necessidades.

O câncer é reconhecido como uma das doenças de maior impacto direto sobre a QV, sobretudo os Cânceres de Cabeça e Pescoço (CCP). Os CCP quase sempre afetam o prazer alimentar e deixam sequelas no olfato, fala, respiração, autoimagem e paladar, com frequentemente acometimento socioemocional (MELO FILHO, et al., 2013). No decorrer do diagnóstico e tratamento, a dor, a dependência, os desconfortos e o temor da morte ou

da incapacitação total são aspectos frequentes que tendem a tornar complexa a vivência do tratamento desses tipos de câncer.

O câncer assume o terceiro lugar entre causas gerais de óbitos no Brasil e o segundo entre mortes causadas por doenças. Os CCP são doenças de tratamento e impactos prolongados, com alto risco de sequelas debilitantes, que acometem em principal a laringe, respondendo por cerca de 2% dos diagnósticos de malignidade. É um tipo de câncer que acomete principalmente homens e que, se não identificado e tratado em tempo hábil, pode levar a sérias sequelas ou morte. O câncer de boca é o tipo mais recorrente (INCA, 2018).

Dentre os cânceres, o CCP tem uma divulgação menos comum que, conseqüentemente, leva a um menor conhecimento coletivo sobre a doença, sua prevenção e tratamento. Esse fator aumenta as dificuldades de controle da subjetividade dos indivíduos diagnosticados com esses cânceres.

Os CCP, em geral, têm em sua histologia o início marcado nas células escamosas que revestem as mucosas internas da cabeça e pescoço. Mais raramente podem se originar em glândulas salivares ou tireoide, embora essa origem seja mais rara e bastante diversificada. Quanto à classificação, esses cânceres são divididos conforme a sua área de incidência: cavidade oral (lábios, primeiro 2/3 frontal da língua, gengivas, revestimento interior de lábios e bochechas, fundo bucal abaixo da língua, palato duro e zona gengival posterior aos dentes do siso); faringe (localizados na nasofaringe, parte superior; orofaringe, parte média ou hipofaringe, parte inferior); laringe (cordas vocais, cartilagem de formação ou epiglote), seios paranasais/cavidade nasal e glândulas salivares (localizadas principalmente no assoalho bucal e próximo ao maxilar) (ALMEIDA et al., 2013; MELO FILHO et al., 2013).

Os pacientes com CCP em maioria são fumantes ou fazem uso continuado de álcool, fatores considerados significativos à incidência desse tipo de câncer. Mas há outros quadros que favorecem o surgimento de CCP, como a infecção pelo HPV 16, o consumo excessivo de alimentos salgados ou conservados, má-higiene oral, exposição à radiação, genética e exposições ocupacionais a agentes irritativos, como pós de madeira (CHAVES; MENDES, 2013).

Quanto à incidência, os CCP atingem duas vezes mais homens que mulheres, com maior ocorrência entre indivíduos com idades ≥ 50 anos. Os CCP, conforme local de

incidência e agressividade (Inca, 2018), podem ser altamente restritivos à vida social e laboral dos indivíduos, com a comum necessidade cirúrgica em seu tratamento.

Nesse processo, o cuidado psicológico do paciente com CCP, sobretudo aquele em processo de cirurgia (preparação ou pós-cirúrgico), é prática de assistência fundamental. A doença acarreta frequente carga de estresse elevada e antes ou após as cirurgias ocorrem processos adaptativos importantes que podem elevar o aumento tensional (CHAVES; MENDES, 2013). É comum que pacientes de CCP apresentem esgotamento psicológico – sobretudo se há restrições de autonomia e maior dependência. A atenção psicológica atenua as relações subjetivas comuns a tratamentos oncológicos, inclusive cirúrgicos, com menor sofrimento e melhores recursos de autogestão.

O cuidado psicológico é importante para a sustentação adaptativa do *coping* e maior QV, uma vez que o estresse e a tensão continuamente estabelecidos acarretam a liberação de hormônios como epinefrina e norepinefrina, com as consequentes repercussões que acarretam à QV em sua restrição – com a percepção tensional e alterações fisiológicas representativas (SCHELEDER et al., 2013). Algumas dessas repercussões são maior pressão arterial, frequência cardíaca e níveis de açúcar no sangue – acompanhados de sensação constante de tensão e ameaça que tendem a extenuar o paciente.

Os tratamentos de CCP em geral têm médio e longo prazo, algo comum ao câncer. Santos (2017) observa ser comum o risco de estresse crônico, com repercussões que afetam, sobretudo, o sistema imunológico e elevam a sujeição a infecções virais, fúngicas ou bacterianas, insônia, dores, ansiedade e/ou depressão.

Se antes do diagnóstico do CCP o paciente apresentava hábitos como etilismo, tabagismo e estilo de vida pouco saudável, é previsível que resista à adaptação das condições necessárias ao tratamento – com maior queda na percepção da QV nesse período.

O cuidado psicológico é fundamental ao equilíbrio dos indivíduos e interfere na resposta aos tratamentos, dada a consideração da necessidade de controle da noradrenalina, gatilho para a metástase e angiogênese no organismo. A assistência psicológica oferece suporte social-emocional que reduz a ansiedade, depressão e doenças ou quadros de ordem psicossomática, junto à educação sobre o câncer, aconselhamento e abordagens necessárias ao *coping* e/ou estímulo de comportamentos positivos (CHAVES; MENDES, 2013; SANTOS, 2017; SCHLEDER et al., 2013).

O objeto desta tese são dois conceitos que norteiam a abordagem psicológica de doenças graves (mas não apenas nelas): QV e *coping*. O estudo foi orientado aos pacientes de CCP em tratamento cirúrgico, para os quais é considerada fundamental à uma assistência humanizada e holística compreender as estratégias de *coping* utilizadas, bem como sua relação com a QV. A relevância social deste estudo vem do reconhecimento de que o diagnóstico de CCP e o tratamento cirúrgico afetam a QV dos pacientes, para discussão mais ampla e precisa das estratégias de *coping* frente a QV.

A questão norteadora adotada pelo estudo foi: como as relações estabelecidas entre o enfrentamento do CCP e a percepção de QV interagem com o *coping*? O paciente com CCP apresenta fatores que interferem na sua relação com a família, sociedade, bem como sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), comuns ao câncer, mas particulares à expressão desta doença que manifestam.

O interesse pelo tema surgiu mediante a partir do trabalho do autor como Fonoaudiólogo no Hospital de Câncer “Alfredo Abrão”, com atendimento aos pacientes do Serviço de Cabeça e Pescoço encaminhados para cirurgia. Este contato levou a uma reflexão sobre os esforços desses indivíduos e sua relação com o tratamento e QVRS. Outra fonte de interesse veio do curso de Mestrado em Psicologia, com área de concentração Psicologia da Saúde e linha de pesquisa Práticas de Saúde e Qualidade de Vida, na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), quando o autor desenvolveu o estudo “Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/ MS”, entre os anos de 2008 e 2009. Sendo a pesquisa desenvolvida sob tema centralizado nos profissionais de saúde, surgiu o interesse de ter como participantes desta nova pesquisa os pacientes de cirurgia de CCP.

Tendo em vista o envolvimento do pesquisador com a temática em questão e juntamente com o Serviço de CP do referido hospital campo-grandense, após discussão com os médicos responsáveis, para oferecer uma melhor qualidade do atendimento aos pacientes, a Escala de Coping de Billings e Moos (ECBM), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e seu módulo específico para CCP, o EORTC QLQ- *Head and Neck Cancer Module* (H&N) 35 passaram a fazer parte do protocolo de atendimento do Serviço de Fonoaudiologia no pós-alta hospitalar durante o retorno de uma semana após a cirurgia.

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as estratégias de *coping* de maior funcionalidade utilizadas por pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de CP do Hospital de Câncer “Alfredo Abrão” (HCAA) no enfrentamento da doença e sua percepção associada de QVRS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa e sua correlação ao *coping*;
- b) Identificar as estratégias de enfrentamento (*coping*) do CCP entre os participantes da pesquisa através da Escala de *Coping* de Billings e Moos (ECBM), aplicada uma semana após a cirurgia para melhor estabelecimento de abordagens psicológicas futuras;
- c) Avaliar a QVRS através dos itens do EORTC QLQ-C30 e seu módulo específico para CCP, o EORTC QLQ-H&N35, uma semana após a cirurgia;
- d) Comparar os domínios do EORTC QLQ-C30 e os itens de sintomas do EORTC QLQ-H&N35, com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde;
- e) Correlacionar as estratégias de *coping* do ECBM com o EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-H&N35.

O câncer é conhecido desde a Antiguidade, mas os principais avanços de identificação e tratamento surgiram a partir do século XX. Pelo menos 100 doenças integram o grupo dos cânceres, responsáveis, por 14 milhões de casos anuais no mundo todo – a maior parte em países em desenvolvimento, que concentram pelo menos 70% dos óbitos por câncer decorrentes do menor acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce e tratamento (BINDER *et al.*, 2014). Na estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2030, pelo menos 13,1 milhões de pessoas morrerão em decorrência da doença (ARTIKA *et al.*, 2017).

O controle dos fatores de risco é considerado a medida central preventiva ao câncer, uma vez que as causas genéticas estão presentes em não mais que 10% dos casos. Alguns exemplos são cânceres de incidência facilitada por dietas precárias ou inadequadas, consumo de álcool, sedentarismo ou obesidade. Por volta de 30% dos casos de câncer de endométrio, mama e esôfago são associados à obesidade e inatividade física. Embora a incidência do câncer entre adultos em idade reprodutiva e crianças seja crescente, a faixa etária de maior concentração de casos da doença é entre os 55 a 75 anos de idade (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2017; TORRE *et al.*, 2015).

Alterações benignas, em maioria, não ameaçam a vida – exceto em casos menos frequentes que, pelo local de incidência e tamanho, podem afetar órgãos vitais e seu funcionamento. Já tumores ou condições malignas atacam células e tecidos saudáveis, com frequente acesso ao sistema circulatório ou linfático. Trata-se do comportamento de metástase, que irradia o câncer pelo organismo e leva células tumorais a sítios diferentes daqueles de origem (YOUNG, 2013).

Ainda em Young (2013) consta que tumores benignos não apresentam metástase e evoluem quase sempre lentamente, ao contrário dos malignos, que costumam apresentar e velocidade de propagação variável. A maior parte dos tumores benignos não tende a converter a uma situação diferente, mas uma pequena parcela possa mudar o seu comportamento e assumir um perfil de malignidade, por isso a preferência comum de erradicação das massas quando identificadas.

Os neoplasmas são condições intermediárias entre a classificação maligna e benigna, com comportamento indeterminado. Por segurança, são tratados de forma limítrofe e em consideração ao risco de malignidade. Quando identificados, a conduta envolve

acompanhamento e, quando e se manifesta alterações no comportamento tumoral, intervenção imediata precoce (GOLDBLUM; WEISS; FOLPE, 2013).

Tumores benignos recebem o sufixo *oma*, seguido da célula de apresentação do câncer, a exemplo de osteoma – tumor benigno dos ossos. Excepcionalmente esse padrão é quebrado, caso de tumores benignos de células epiteliais, que tanto podem ser nomeados pela arquitetura microscópica quanto pelas células de origem. Se o tumor gera massa projetada em lúmen é chamado pólipó, que em geral se origina no epitélio e é benigno. Pólipos malignos são nomeados cânceres polipóides. Quando maligno, ocorre a denominação como sarcoma (origem mesenquimal) ou carcinoma (epitelial). O prefixo, que identifica a célula predominante do tumor (lipossarcoma, por exemplo, tem como célula dominante a adiposa, lipoblástica), mas o termo inicial pode ser modificado para evitar a confusão a quadros benignos (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2016).

Tumores de órgãos linfóides como baço e timo são linfomas malignos, para diferenciação dos casos benignos – uma vez que *oma* se refere à malignidade. Cânceres do sangue recebem o sufixo *emia*, a exemplo da leucemia. Em algumas situações específicas, o nome do responsável pela descoberta do tumor serve à sua identificação – a exemplo do Sarcoma de Ewing, descoberto por James Ewing (SIMÕES, 2016).

Os locais de origem do câncer servem como uma classificação geral para seu comportamento e previsão de tratamento. Segundo Palimieri *et al.* (2013), os locais mais comuns de incidência são as mamas, o aparelho reprodutor, o pulmão e o cólon. Também é possível classificar a doença por sua aparência microscópica ou pelos defeitos genéticos das células, esta última uma forma de identificação crescente frente às novas terapias, que auxilia a uma seleção mais efetiva e de menor toxicidade.

De acordo com Hida *et al.* (2016), a invasão tecidual do câncer ocorre com a ruptura da membrana basal presente que leva à infiltração em tecidos próximos e corrente sanguínea. Se as células tumorais atingem locais distantes do ponto de origem são formados os tumores secundários, ou metástases. Mas antes que se irradie pelo organismo, o câncer apresenta um período não invasivo em que está restrito a seu local de origem, o que também significa a ausência de vascularização suficiente para sustentar o avanço tumoral. Se identificado nessa fase, a cura completa tende a ser mais facilitada.

A capilarização define o suprimento e a capacidade de expansão tumoral a partir da angiogênese que assegura alguma autonomia de manutenção sob o suprimento de fatores do crescimento vindos do interior da massa tumoral. O interior das massas tumorais, ou estroma, é formado não só por células anormais, como também por outras saudáveis imunes ou que servem à nutrição da massa. A variação dessa composição define o comportamento altamente variável do câncer (BID *et al.*, 2013).

Cada tipo de câncer causa impactos e sintomas específicos, mas algumas manifestações clínicas comuns são compartilhadas e indicam a sua presença. A maioria dos casos de câncer leva um tempo significativo para apresentar sintomas e, quando isso ocorre, já tendem a estar bem estabelecidos no organismo. Nesse período, a fase prévia da doença, é possível identificar lesões hiperplásicas, displásicas ou que ampliam o risco de manifestação, como leucoplasias da cavidade oral e colite ulcerativa (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2016).

De acordo com Teichroew (2016), a identificação do câncer tem início, quase sempre, pela análise dos sintomas apresentados e que levam à sua suspeição— em maioria sangramentos, tosse persistentes, caroços, cansaço, dificuldades de cicatrização ou deglutição, verrugas ou sintomas similares. Trata-se de uma investigação diagnóstica para conformar ou descartar a hipótese de câncer e, caso confirmada, é feita a investigação da malignidade.

O diagnóstico clínico é o passo inicial, seguido da determinação do local do tumor e da malignidade. Alguns recursos comuns são a urinálise, hemograma completo, exames de imagem como Raio X, ultrassonografia, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética, dentre outros recursos de rastreio, com a determinação frequente de biópsia que avalia uma amostra tecidual da lesão para investigação análise clínica. As biópsias podem ser realizadas em consultório, laboratório ou sala de cirurgia, por diferentes técnicas (GIGER; KARSSEMEIJER; SCHNABEL, 2013).

A biópsia excisional retirada o tumor de forma integral, quando pequeno o suficiente para a remoção sem efeitos adversos. Biópsias incisionais removem apenas parte do tumor e são realizadas nos casos de maior porte de massa, com fragmentos em geral de tamanho igual ou inferior a 5 mm de comprimento. Quanto feito por agulha, o procedimento faz a remoção do núcleo tecidual de uma massa tumoral, para a análise do cilindro tecidual recolhido a fim

da determinação da malignidade. As biópsias por agulha fina produzem amostras celulares que têm como principal benefício serem indolores e de poucas complicações. São também um método rápido de diagnóstico: se amostras de tecido levam maior tempo para análise, os materiais extraídos por agulha fina podem ser avaliados até mesmo em horas (VIGNESWARAN; WILLIAMS, 2014).

As células cancerosas têm aparência distinta das saudáveis, com deformações internas comuns, em principal no espaço nuclear que concentra o material genético. Com frequência estão presentes quantidades elevadas de DNA e as figuras mitóticas se mostram distorcidas. De modo geral, as células malignas são mais indiferenciadas que as normais, o que é conhecido como anaplasia, que faz com que o tumor tenha células semelhantes ao seu sítio de origem (ALIBERT; GOUD; MANNEVILLE, 2017).

Identificado o câncer e feito o exame dos tecidos, a condição identificada recebe classificação de grau e de estágio, que determinam o tipo de tratamento mais adequado, assim como prognóstico. O grau histológico informa sobre o quanto há de diferenciação tecidual e auxilia na compreensão da agressividade tumoral. O mais comum é que o câncer seja classificado em uma escala de três a quatro níveis de malignidade. Já os protocolos de estadiamento informam o porte e o grau de disseminação do tumor, complementando a classificação (BITENCOURT *et al.*, 2014).

O plano de tratamento é definido de forma multidisciplinar, por oncologistas, cirurgiões, radiologistas de diagnóstico, patologistas, cirurgiões plásticos reconstrutivos e profissionais de reabilitação física, conforme a situação e de acordo com o caso identificado. As terapias convencionais são aquelas que apresentam uso recorrente e que envolvem escolhas de reconhecida evidência para a abordagem do câncer, com conjunto de uso definido pela análise específica de cada condição (YADAV, 2015).

3.1 CIRURGIA

A cirurgia é considerada o recurso mais tradicional de enfrentamento e cura do câncer, embora o seu uso esteja reduzido tipos determinados dessa doença pelo avanço de outros métodos de tratamento. De acordo com Herman *et al.* (2013), a maior limitação cirúrgica

surge nas metástases, com tumores que vão além do espaço primário e que não podem ser eficientemente erradicados. A cirurgia é feita sob a discussão se pode, por si, promover a cura com tratamento local ou se terá de receber o suporte de outras medidas, assim como os impactos cirúrgicos à qualidade de vida e funcionalidade do paciente.

Ainda Herman *et al.* (2013) observa que as terapias adjuvantes tendem a reduzir as zonas de ressecção e, com isso, aumentar a sobrevida dos pacientes em comparação à cirurgia radical e, em razão da maior preservação do paciente e chances de cura, é comum a associação de cirurgia à radioterapia e/ou quimioterapia adjuvante.

Outra forma de cirurgia é a paliativa, feita não para a cura, mas para auxiliar o paciente a reduzir a dores, disfunções e/ou desfigurações (PINTO *et al.*, 2015). A cirurgia profilática, que previne a incidência do câncer, caso da orquipexia que atua nos casos de criptorquidia (em que os testículos não descem para o escroto) reduzindo o risco de malignidade trazido pela condição (MALZYNER; CAPONERO, 2013). É muito comum ainda que o cólon, por exemplo, seja removido em pacientes com diversos pólipos ou colite ulcerativa, para evitar desdobramentos oncológicos, assim como a retirada da tireoide para a prevenção do câncer dessa glândula.

3.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia faz uso de radiação ionizante (que pode ser formada por raios gama, partículas subatômicas ou Raios-X) para a destruição das células malignas. É um tratamento aplicado a pelo menos metade dos pacientes oncológicos e a sua efetividade se dá, em principal, pela apoptose das células malignas. Enquanto células malignas são mais vulneráveis à radiação que as saudáveis por terem proliferação constante, logo, os danos causados pela radiação tendem a ter maior impacto. Podem ser utilizadas diferentes tensões ou faixas de radiação: a mais leve é a superficial, a ortovoltagem tem alcance médio e a supervoltagem, alto alcance (WHITE; PHAROAH, 2014).

A radioterapia pode ser realizada por teleterapia ou braquiterapia. Como braquiterapia, a radiação é dirigida diretamente ao tumor ou em cavidade corporal próxima, com o uso de isótopos radioativos de irio, ouro, célio e iodo. Podem ser utilizados fios, grãos ou agulhas

para conduzir a radiação, assim como tubos para remoção após o uso (FERNANDES; PINHAL JUNIOR, 2016).

De acordo com Silva (2013), a teleterapia, ou radioterapia externa, é feita com acelerador clínico que aplica a radiação de sobretensão a uma distância determinada do paciente, com ajuste de feixe conforme o tecido que será irradiado. A radiação externa requer a localização precisa do tumor por ressonância magnética e ajuste do nível de energia, determinada pelo equilíbrio entre a erradicação tumoral e o dano resultante ao paciente pelo acometimento de tecidos saudáveis.

Para Fernandes e Pinhal Junior (2016), o fracionamento das doses de radiação reduz os impactos no organismo para a maioria dos cânceres, embora, nos casos de Doença de Hodgkin e cânceres do colo do útero mama, laringe e próstata, dentre outros, casos, a radiação possa ser aplicada sem maiores danos aos tecidos saudáveis.

Twyman-Saint Victor et al. (2015), afirmam que a radioterapia tem efeitos imediatos e tardios. Os imediatos são a renovação celular, mas rápida, caso da boca e faringe, por exemplo. Já os tardios envolvem cicatrizes, perdas teciduais e fístulas, sendo menos intensos na braquiterapia que na teleterapia.

A radiocirurgia é considerada a opção mais válida à cirurgia convencional nos casos de cânceres do cérebro, sobretudo para a redução da massa do tumor com o uso de doses altas de radiação (ZAMBONI, 2013). Em geral, a é utilizada junto a cirurgia para a erradicação das células que resistem no entorno tumoral, geralmente nas margens.

3.3 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia faz uso de drogas para a erradicação do câncer. De acordo com Link (2015), o primeiro agente utilizado para esse fim, no tratamento de linfomas ainda nos anos de 1940, foi a mecloretamina. Há mais de 100 drogas disponíveis para uso oncológico, com capacidade de se espalhar pela corrente sanguínea e atuar sobre as células tumorais em diversos sítios de crescimento, exceto em locais que por esta corrente não podem ser atingidos.

Ainda Link (2015) observa que poucos cânceres podem ser erradicados somente com um agente quimioterápico, o que torna comum a associação de drogas para melhor retorno clínico. Os primeiros usos da quimioterapia combinada foram voltados ao tratamento de leucemias e linfomas e, a partir do êxito, houve extensão a tumores sólidos.

Para Kalsi e Jagtap (2013), os agentes quimioterápicos são alquilantes, naturais, hormônios, antimetabólitos e de natureza diversa e tanto podem ser utilizados como tratamento primário de tumores localizados como em terapia primária de indivíduos em condição avançada não responsivos a outras abordagens.

É reconhecida a capacidade de células cancerosas resistirem à quimioterapia e mesmo à radiação, pois a apoptose pode não ser induzida em alguns tipos celulares. Outro fator é a capacidade dessas células de driblar as drogas que atingem o interior celular, o que permite a sobrevida após a terapia (SUI *et al.*, 2013).

Os efeitos colaterais da quimioterapia são, em geral, ostensivos e impactantes à QV dos pacientes. Essa intensidade decorre do ataque involuntário que as drogas podem causar a células saudáveis enquanto buscam as células malignas (LINK, 2015).

Descreve Link (2015) que os efeitos mais conhecidos são a perda de cabelos e pelos corporais, fadiga, anemia, fragilidade imunológica e indisposições sistêmicas, bem como maior propensão ao sangramento. Em geral esses efeitos se estendem apenas enquanto a terapia é administrada e podem ser amenizados por recursos diversos, embora não possam ser erradicados.

3.4 TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia podem atingir a medula óssea, e levar à redução dos glóbulos brancos e plaquetas, fragilizando o paciente a infecções, sangramentos e anemia. Para Gilreath, Stenehjem e Rodgers (2014), o transplante de medula óssea atua sobre estes problemas, sendo uma medida para recuperar os danos da terapia oncológica.

Os transplantes de medula autólogos são feitos com coleta e guarda de células-tronco do paciente antes do tratamento oncológico, para posterior inserção na corrente sanguínea e

reestabelecimento da medula óssea. Transplantes alogênicos requerem um doador para uso de células-tronco utilizadas, com risco de incompatibilidade tecidual e estímulo imune do receptor (MAJHAIL *et al.*, 2015). Por ser assim, há preferência pelo transplante autólogo.

3.5 TERAPIAS FOCAIS

Novas drogas estão em constante desenvolvimento para o tratamento do câncer e um dos principais interesses é a ação direta às células malignas para contenção da multiplicação e crescimento. Segundo Link (2015), as terapias focais causam o direcionamento terapêutico ao tumor e são menos tóxicas às células saudáveis, se comparadas aos tratamentos tradicionais.

Essas terapias possibilitam o tratamento orientado as particularidades de cada indivíduo, no conceito atual de medicina individualizada. As terapias focais podem ser utilizadas em conjunto a agentes quimioterápicos tradicionais para maior eficácia. O anticorpo monoclonal Trastuzumabe é um dos exemplos, com ação contra receptores de estrogênio e efetividade no controle do câncer de mama, obtida pela redução do estrogênio pela inibição da aromatase (KALSI; JAGTAP, 2013). Essas terapias focam em receptores ou em enzimas que favorecem a erradicação ou controle do câncer.

3.6 INIBIDORES DE ANGIOGÊNESE

A angiogênese é essencial ao desenvolvimento dos tumores para oferta de nutrição e oxigênio. Para Bellou *et al.* (2013), se uma terapia suprime a angiogênese, pode ser considerada promissora. Alguns exemplos em uso dessas drogas são o Bevacizumab, aplicado desde o ano de 2004 para o tratamento do câncer colorretal metastático e que inibe o fator de crescimento endotelial vascular. Contudo, para que funcione de forma satisfatória, a droga necessita da associação a drogas tradicionais para o tratamento desse câncer, a exemplo do Irinotecan.

3.7 IMUNOTERAPIA

A imunoterapia parte do princípio de que o sistema imunológico pode atuar no combate ao câncer a partir do ataque a antígenos específicos. Para Schumacher e Schreiber (2015), os tumores têm baixa especificidade quanto a antígenos, mas alguns deles podem servir como alvos de controle quando atacados pelo sistema imunológico. Os anticorpos servem à contenção, que age de forma direcionada às células tumorais. Também é possível a associação de agente quimioterápico a anticorpos para a contenção oncológica pelo controle da apoptose.

Os recursos imunológicos envolvem ainda vacinas tumorais, que estimulam sobretudo as células T. Como descrito por Chen e Mellman (2013), esse tipo de terapia visa tornar o organismo hábil a identificar e erradicar células malignas. Pode-se ainda trabalhar as células T do paciente para que identifiquem e atuem nas células malignas ou extrair os sinais inibitórios para que as células ataquem alvos. É o caso do Ipilimumab, que bloqueia o antígeno 4 ligado a linfócitos citotóxicos, inibe as células T e eleva a capacidade de retorno imune. São drogas com efeitos colaterais significativos, mas que podem gerar respostas duradouras à memória imune.

3.8 GENÉTICA

Embora seja reconhecida a participação genética em diversos tipos de cânceres, ainda é complexo determinar quais são as características centrais da susceptibilidade do indivíduo ao câncer que têm essas bases. Hampel *et al.* (2015) relata que o grupo dos cânceres hereditários incluem casos endocrinológicos, o retinoblastoma hereditário, a polipose adenomatosa familiar do cólon, a Doença de Von Hippel-Lindau e a neurofibromatose dos tipos I e II. São síndromes que podem se associar a novas outras lesões que sigam para além do câncer, de forma que a detecção dos danos associados integra a terapêutica.

Ainda Hampel *et al.* (2016) frisam que a ação genética não se restringe aos tipos de câncer citados: se, em algumas famílias, um tipo de câncer ocorre repetidamente, a participação genética deve ser considerada. Nesses casos estão ocorrências recorrentes de câncer de mama, ovário, próstata e cólon, por exemplo.

Rhaman (2014) relatam que há testes já desenvolvidos para a identificação dessas doenças, mas o uso é controverso pela estabilidade psicológica do paciente e quanto pela precisão dos resultados. A vulnerabilidade não significa que a doença se estabelecerá, da mesma forma que a não identificação não representa total isenção de risco, já que fatores ambientais e estilo de vida são determinantes.

Alguns cânceres que se desenvolvem a partir de defeitos hereditários presentes nos mecanismos de reparo do DNA, em que o indivíduo tem extrema sensibilidade a agentes danosos a este elemento, como radiação e produtos químicos. Essa susceptibilidade decorre de falhas de reparação de defeitos no DNA que possibilita o acúmulo de mutações e a chance de que uma ou mais delas resultem em tumores (IYAMA; WILSON, 2013).

Ainda com base em Iyama e Wilson (2013), um exemplo dessa relação são pacientes de anemia de Fanconi, associada a alterações congênitas e maior vulnerabilidade à leucemia. Quando esses defeitos genéticos são conhecidos, o tratamento do câncer pode ser mediado pela equilibrção dos genes alterados com tecnologias recombinantes de DNA.

3.9 PROFILAXIA E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE

Quando identificadas condições malignas em estágios iniciais (pré-cancerosos), a quimioprevenção (uso de drogas para reverter a carcinogênese, que é a formação tumoral) é um recurso válido. As drogas antiestrogênicas estão nessa base de uso. Indivíduos com risco de câncer que são assintomáticos podem realizar rastreios para identificação de lesões pré-cancerosas ou tumores iniciais a fim de remoção (LITZENBURGER; BROWN, 2014). O autoexame das mamas e mamografias são exemplos desse tipo de medida.

De acordo com Keith e Miller (2013), é preciso considerar que algumas lesões precocemente identificadas devem ser acompanhadas com critério, mas nem sempre evoluem para câncer e esse é um ponto problemático do rastreio – que leva ao reconhecimento da dificuldade de diferenciação entre qual o quais lesões têm maior potencial de evolução à malignidade, sobretudo nos comuns cânceres de mama e próstata. O mesmo ocorre com o CCP, que tem na precocidade de identificação um de seus principais fatores de dificuldade.

O CCP contempla os cânceres que incidem no espaço aero digestivo, com incidência suficiente para a sua inclusão no grupo dos 10 cânceres mais frequentes no mundo todo. No grupo dessas doenças estão as condições malignas da cavidade oral, oro/hipo/nasofaringe, bordos, seios paranasais, cavidades nasais, laringe em zona supra glótica ou glótica, glândulas (tireoide, paratireoide, salivares), músculos, nervos, ossos, mucosas, pele e ossos da zona da cabeça e do pescoço.

O CCP na zona aero digestiva superior é a terceira causa mundial de óbito por câncer, com maior expressão dos cânceres espinocelulares. São condições que acometem, em especial, boca, hipo ou orofaringe e laringe. A doença é considerada multifatorial, resultado de fatores genéticos e ambientais, sobretudo hábitos de vida (com ênfase a tabagismo e alcoolismo) (EVANS; MONTGOMERY; GULLANE, 2014).

Pelo menos 90% dos casos de CPP são carcinomas epidermóides, relacionados ao hábito de tabagismo e etilismo, com origem nas células presentes nas mucosas da cabeça e pescoço. Depois desta variação, a mais comum é o carcinoma adenoide cístico e o tipo mucoepidermoide, que em geral incidem nas glândulas salivares. Os sarcomas integram o grupo mais raro, que também envolve adenocarcinomas e linfomas e que respondem por cerca de 5% dos casos totais. Os sarcomas possuem origem no mesoderma embrionário, são considerados relativamente raros e se originados especialmente na gordura e nos músculos, com crescimento geralmente centralizado nos membros, mas que pode se estender à zona de CPP (CORDEIRO; STABENOW, 2008).

Cerca de 30% dos CCP incidem na cavidade oral, e a maioria das expressões (90%) são malignidades denominadas carcinomas de células escamosas. As demais 10% das expressões representam tipos menos frequentes, em que se incluem os sarcomas, assim como tumores que possuem origem odontogênica (CAMPANA; GOIATO, 2013).

Segundo Ferris et al. (2016), o CCP mais comum é o carcinoma epidermoide, mais frequente entre homens a partir da quinta década de vida. Se identificado precocemente, a chance de cura é próxima a 80%, mas pelo menos 70% dos pacientes são diagnosticados já em estágio avançado da doença, uma vez que a busca por atendimento ou atenção médica ocorre apenas quando os sintomas estão mais intensos, principalmente a dor.

A sobrevida pós- diagnóstico de CCP é de cerca de 5 anos para metade dos casos com metástase em linfonodos. São cânceres com boas perspectivas positivas de cura: mesmo em

quadros avançados, se há resposta positiva à quimioterapia neoadjuvante, a cura é comum. Os problemas no tratamento do CCP afetam a deglutição oral e a comunicação do paciente, com intensa dor, amenizados pela associação entre quimioterapia e radioterapia - mais conservadora aos tecidos locais (GALBIATTI *et al.*, 2013).

Os fatores de risco clássicos do CCP são o tabagismo (no que se inclui o fumo passivo), etilismo, presença de HPV, exposição a agentes carcinogênicos, estresse continuado e determinadas alterações genéticas. A recidiva é mais frequente entre pacientes que consomem álcool e tabaco, mesmo que devidamente tratados (EVANS; MONTGOMERY; GULLANE, 2014).

De acordo com Galbiatti *et al.* (2013), o Papilomavírus Humano (HPV) é considerado fator de risco ao CCP, presente em pelo menos 25% dos casos na orofaringe. O HPV afeta a determinação do perfil molecular do CCP e as respostas ao tratamento de forma específica. A genética é representativa no CCP, uma vez que mesmo entre etilistas e tabagistas, a incidência do CCP é variável.

A ingestão de alimentos que possuem agentes antitumorais (a exemplo de repolho, couve-flor e brócolis) é favorável pelo sequestro de radicais livres e desintoxicação orgânica (NASCIMENTO, 2015). Em geral, o prognóstico da doença tem como principal fator primário a detecção da doença avançada.

Conforme Mello Filho *et al.* (2013), embora a maior precisão e rapidez no diagnóstico seja fundamental para maiores chances de cura, mesmo nestes casos o tratamento do CCP traz desconfortos e afeta a QV. As condições gerais do CCP durante e após o tratamento auxiliam a compreender melhor a importância do construto da QV na sobrevivência desses indivíduos.

Os tratamentos mais comuns para a CCP são cirurgia, radioterapia, quimioterapia e combinações dessas modalidades de tratamento que, embora atuem contra o câncer também causam uma série de efeitos físicos e psicossociais. Em razão disso, a QV dos pacientes de CCP é geralmente afetada de forma determinante durante o tratamento e mesmo após, pelas recorrentes sequelas. Há, dessa forma, efeitos de curto, médio e longo prazo da doença na QV individual (GALBIATTI *et al.*, 2013).

Em geral, o tratamento de CCP tem como primeiras repercussões ansiedade, queda na autoestima e autopercepção, bem como problemas da fala. Com o avanço do tratamento, o

paciente costuma apresentar desconfortos ligados à saliva e suas alterações e mudanças do paladar que afetam a relação com a alimentação. O humor é deteriorado com o avanço da doença, de forma que evidencia a necessidade de suporte psicológico como parte importante do tratamento (SOUZA *et al.*, 2013).

A deterioração global da QV é comum aos pacientes de CCP durante e após o tratamento, mas recuperação de escores tende a ocorrer depois do primeiro ano. Quanto maior a QV nesse período pós-tratamento, maior tende a ser a longevidade do paciente - por ser um fator de adaptação sistêmica. Se há melhora significativa nesse período, é também comum que isso se estenda nos cinco anos seguintes (LANGIUS *et al.*, 2013).

As cirurgias ablativas são comuns no CCP e costumam acarretar danos a tecidos duros e moles, além de impactos estético-funcionais. A radioterapia nas mucosas geralmente causa xerostomia e baixa cicatrização óssea. A perda de dentes pode ser comum e mesmo as soluções reparadoras protéticas tradicionais podem não ser adequadas, já que a cicatrização óssea é baixa. Comisso, os implantes são mais indicados, embora mais onerosos (DEMIAN *et al.*, 2014).

O consenso atual é de que os tratamentos para o CCP devem ser selecionados a partir de criteriosa análise sobre os efeitos frente ao câncer e à QV do indivíduo, uma vez que esse construto pode prever aspectos importantes de sobrevida de diferentes tipos de CCP nos mais diferentes estágios da doença (GALBIATTI *et al.*, 2013).

Ainda Galbiatti *et al.*, (2013) afirmam que há também melhor desdobramento prognóstico na presença da QV satisfatória, de forma que o cuidado com este critério – dado sobretudo pela atenção psicológica – é importante para assegurar a plena reabilitação do indivíduo. Para essa finalidade, o atendimento individualizado psicoterápico é importante, no sentido de estabelecer medidas de enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos indivíduos. Nesse processo, os instrumentos de aferição da QV na condição de CCP são fundamentais.

Como descreve a literatura, os impactos do tratamento e das repercussões do CCP podem ser drásticos ao indivíduo e sua funcionalidade, tanto durante quanto após o tratamento. A subjetividade destes indivíduos é de importante consideração, de tal forma que surge um campo de interesse voltado à atuação Psicológica como parte de seu tratamento e QV, sobretudo o *coping*, como aprofundado em sequência.

4.1 TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO (CCP)

Os impactos do CCP e do seu tratamento tendem a ser expressivos em principal na alimentação e comunicação, com grave sofrimento psicológico (LEITÃO; DUARTE; BETTEGA, 2013). A cirurgia é uma das medidas de tratamento mais comuns no CCP. A necessidade de radioterapia ou quimioterapia é decidida pela análise específica do tumor. O laser transoral apresenta bons resultados a grande parte dos quadros de CCP e o uso da radioterapia é considerada a terapia adjuvante mais comum (CHONE, 2014).

Para Gobbo *et al.* (2016), uma dificuldade do tratamento do CCP é atingir a margem negativa ao tumor, já que há comuns infiltrações tumorais em sítios vitais. Margens positivas costumam reduzir a sobrevida do paciente e podem ser necessárias novas intervenções, sendo a cirurgia uma das principais causas de sequelas no tratamento do CCP na fala, deglutição e mastigação. Assim, a radioterapia e/ou a quimioterapia reduzem os impactos cirúrgicos, embora possam comprometer tecidos.

O esvaziamento cervical visa ampliar a sobrevida dos pacientes. Já os exames de imagem oferecem maior e melhor seletividade da necessidade da prática. Se após quimiorradioterapia houver a presença residual significativa da doença, o esvaziamento cervical pode ser planejado com segurança de prescrição (AMAR *et al.*, 2013).

Nos casos avançados de CCP, pode ser associada radioterapia à quimioterapia com base em platina, com cirurgia na doença residual – além do esvaziamento cervical seguido de reconstrução e quimioterapia somada à radioterapia adjuvante, conforme tolerância do paciente. A quimioterapia de indução com quimiorradioterapia com ou sem cirurgia é outra possibilidade. Estas medidas servem a mais de 50% dos pacientes avançados na erradicação da doença (GALBIATTI *et al.*, 2013).

Na reincidência e metástase, doses altas de cisplatina pós-cirúrgicas podem ser utilizadas com radioterapia e medicamentos como mitomicina C e carboplatina, dentre outros, para maior sobrevida – além de todos os programas de radioterapia (CHEN *et al.*, 2013). A associação quimiorradioterápica é fundamental à cura, já que somente a radioterapia não beneficia significativamente a sobrevida dos pacientes.

Na evolução locoregional, Cetuximabe e radioterapia são considerados mais eficientes à sobrevida em comparação à radioterapia isolada, sendo o medicamento mais tolerado que a platina junto à quimiorradioterapia. Os taxanos têm sido considerados no CCP, contudo, o seu uso em pacientes de condição avançada é visto com critério, pois há maior fragilidade entre estes à neurotoxicidade desses fármacos, sobretudo em combinação à cisplatina (COHEN *et al.*, 2013).

A radioterapia de intensidade modulada é considerada mais proveitosa que a forma 2D ou conformada (3D), uma vez que cobre melhor o alvo de tratamento, assim como protege tecidos. Com maior dose, tende a ter melhores resultados na sobrevida. O hiperfracionamento na radioterapia do CCP é comum, mas tende a causar dor, problemas de deglutição, de fala e de mastigação (YOM, 2015). Por ser um tipo de câncer que envolve partes moles, mucosas com frequência, a braquiterapia tende a ser confundida na irradiação e o risco de necrose é alto.

As novas perspectivas de tratamento para o CCP são tratamentos personalizados e componentes moleculares que atuam sobre a genética molecular presente na cabeça e pescoço, a exemplo do receptor de fator de crescimento epidérmico que, em grande parte dos casos de CCP, tem baixa expressão (DORSEY; AGULNIK, 2013).

De acordo com Leitão, Duarte e Bettega (2013), o CCP causa dor, problemas de fala e deglutição, xerostomia (boca seca), sofrimento psicológico e riscos à imagem corporal e autopercepção. O paciente requer cuidado integral, atenção à reabilitação e apoio nas condições adicionais que surgem das alterações ligadas as restrições da doença e de seu tratamento, inclusive psicossociais (MELO FILHO *et al.*, 2013).

Na comunicação, os principais comprometimentos surgem dos impactos que a doença pode apresentar quando atinge a laringe, com alterações da fonação, pronúncia e articulação das frases e palavras. Tão maior seja a gravidade e extensão das lesões à laringe maior é abrangência desse quadro (NEVILLE, 2016).

Mesmo com êxito, o tratamento do CCP implica em alto custo à qualidade de vida dos pacientes, com possíveis restrições de retomada ao padrão de atividades anteriores ao câncer (Melo Filho *et al.*, 2013) e, por ser dessa forma, a doença é considerada altamente restritiva à qualidade de vida dos pacientes – um conceito apresentando em compreensão e detalhamento a partir de sua possibilidade e impactos experimentados no CCP.

4.2 IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO CCP

O CCP tem uma série de impactos subjetivos, de intensidade comparável aos impactos físicos vivenciados pelo tratamento. Segundo Testoni *et al.* (2013), as cirurgias, que são uma medida comum a esses cânceres, são os principais mediadores dos impactos à subjetividade. A terapia nesse tipo de câncer tem seus efeitos bem documentados há um tempo significativo e, embora esses procedimentos sejam voltados à cura, é reconhecido o seu impacto como estressores. Quanto as cirurgias recaem sobre a cavidade oral, os principais transtornos que surgem, por exemplo, são os de ordem alimentar.

Sempre que as cirurgias que envolvem a cavidade oral ou zonas funcionais da boca são realizadas, é comum que haja queixa recorrente de perda da mobilidade da língua, boca seca e inadaptação às adaptações alimentares, que passam a ser mais focalizadas em líquidos e purês. Não é raro que ocorram dificuldades complementares, como o uso de sonda dentre aqueles que correm o risco de aspiração do conteúdo ingerido. As cirurgias nessa zona podem, inclusive, alterar o paladar e o prazer alimentar, o que traz importante restrição à QV. As refeições passam a ser realizadas por períodos mais longos e há comum maior dependência tanto para a ingestão quanto para o preparo dos alimentos. Para o convívio social, a alimentação passa por um impacto importante, que é a perda do fluxo de saliva e esse fato pode ser restritivo à socialização do paciente. As alterações presentes na boca e na garganta também podem causar halitose, o que amplia a restrição social (STOUT *et al.*, 2013).

Há uma frequente sensação de transtorno alimentar que se fortalece pelas alterações no paladar que levam a uma menor ingestão de alimentos ou a perda do prazer alimentar ou apetite. Como há essa restrição de ingestão, é comum que ocorra também alterações na disposição dos indivíduos, anorexia e desnutrição. Quando os impactos cirúrgicos são elevados, a alimentação pode ser fonte de grande sofrimento objetivo e subjetivo ao paciente, o que acentua a sensação de perda associada à alimentação – agravada pela restrição no consumo de produtos que são de preferência do paladar do paciente, como alimentos condimentados, industrializados e outros que são de hábito regular da dieta ocidental mas que apresentam perfil agressivo ou inadequado às condições de tratamento (ALSHADWI *et al.*, 2013).

Nas cirurgias que envolvem a cavidade oral ou funções envolvidas na fala há uma comum alteração no padrão linguístico, uma queda representativa na comunicação do indivíduo. Mesmo quando é realizada a glossectomia total, a fala ainda é passível de compreensão, contudo, ocorre também alteração na tonalidade e articulação, que se torna mais lenta e isso pode ser um fator de desejo por isolamento social ou queda na sociabilidade pelos efeitos na autoestima (COHEN *et al.*, 2016). Pode ser necessário repetir palavras ou frases e há perdas como assovio, risada e canto, quer de forma total ou parcial.

As cirurgias de cabeça e pescoço podem atingir funções nervosas cerebrais que afetam, por exemplo, o nervo ótico ou facial, o que altera as expressões do rosto do paciente. Falhas que atingem as filiais da língua e faringe, dentre outras, afetam ainda mais a mastigação e a deglutição, impactando de um modo geral a qualidade da nutrição do paciente. Mesmo a mobilidade dos braços pode ser comprometida nessas cirurgias, o que afeta a funcionalidade profissional e o lazer (WALTONEN, 2013).

Mesmo durante o diagnóstico os pacientes de CCP passam por eventos dolorosos e a aplicação de terapias eleva a sensação de algia. Por essa razão, o uso de analgésicos é importante para a dor crônica ou elevada, o que traz uma sensação de alívio importante ao equilíbrio do paciente. Após o fim do tratamento, mais da metade dos pacientes de CCP apresentam dor neuropática (HADDAD *et al.*, 2013).

De acordo com Lartigau *et al.* (2013), durante o tratamento é comum que condições como mucosite ou fibroses causem elevada dor e sejam gatilhos de depressão, fadiga, inapetência e inatividade.

Não é raro que após a cirurgia e durante todo o tratamento, e mesmo após, os pacientes com CCP relatem fadiga e fraqueza geral, falta de concentração e problemas de memória. De acordo com Bennion e Molassiotis (2013), esses problemas costumam ser consequências da interação entre fatores do tratamento (radioterapia, anestesia e cirurgia) e tensões preexistentes no paciente, bem como fatores intrínsecos como idade e condições gerais. São condições altamente estressantes e que afetam a QV de vida e bem-estar geral dos indivíduos. Há uma condição interessante quanto ao CCP: pacientes de pequenos tumores podem passar por anos os efeitos da terapia e pós-operatório sem uma mitigação efetiva, enquanto aqueles de grandes tumores, em razão dos avanços na compensação funcional, podem ter amenizados rapidamente os efeitos cirúrgicos e da doença em si.

4.2.1 As Desfigurações

As mutilações podem ocorrer com alguma frequência no CCP, sobretudo em condição avançada. Conforme Lebel *et al.* (2013), são eventos de alto impacto à subjetividade do paciente, por a mutilação extrai uma parte do *self* do indivíduo, e marca uma condição da doença que avançou sobre a integridade do corpo. Há nas mutilações um sentimento de perda acentuado pela desfiguração promovida.

Há um teor de compreensão coletiva negativa sobre as mutilações, que são interpretadas em histórias e contos como punições por erros, identificação de pessoas más, punição e estigma. As mutilações, em alguns casos, também apresentam aspectos de interesse e coragem, como nos casos de ferimentos de guerra. No mundo ocidental contemporâneo há uma alta valorização da estética e atratividade, dentro de padrões de beleza. Há quase sempre maior atenção e oportunidade aos indivíduos que se enquadram a esses padrões, de forma que o corpo, o *self* e a autoestima são fortemente atingidos pela mutilação. Ela implica em uma suposta perda elevada da atratividade do outro, o que leva a comuns neuroses e fuga social. O corpo, antes visto com naturalidade pelo indivíduo, passa a ser visto com medo e desgosto após a mutilação (GILBERT, 2014).

De acordo com Hewitt (1997), as mutilações na face são ainda mais estigmatizadas, por acometerem um ponto central da comunicação e identificação humana. Interpretado como um espaço de expressão de sentimentos, o rosto desfigurado rompe a continuidade comunicacional e representa a desfiguração personalizada. Por essa razão, as mutilações involuntárias ou desfigurações faciais conduzem a mudanças no comportamento social, com maior isolamento no interesse do anonimato ou alívio da discrepância com os demais.

Por ser dessa forma, há um interesse latente na restauração da face do paciente a fim de recuperar a autoestima do indivíduo. Como as alterações são feitas sem uma preferência ou orientação do paciente, como ocorre nas cirurgias cosméticas, as mutilações ou desfigurações gerais são uma consequência assumida para obter um benefício maior, que é a sobrevivência (DROPKIN, 1999).

Apesar disso, como mencionado por Costa *et al.* (2014), o choque mental decorrente da presença da mutilação não pode ser evitado e uma série de sentimentos conflitantes podem

surgir desse evento – como desintegração, medo, raiva, autopiedade e desespero, por exemplo. O desejo de morte não é raro e é comum que o autoconceito do paciente caminhe para uma dimensão negativa. Essas condições ocorrem com maior frequência nos casos em que há mutilações que envolvem a parte central do rosco, como nariz, olhos e mandíbula inferior.

Dentre os pacientes, as mulheres tendem a ter maior resiliência quanto a essas alterações, o que não significa menor sofrimento (COSTA et al., 2014). Já quanto à idade, não há uma distinção de faixa de maior ou menor tolerância a esses eventos.

4.2.2 Ambiente e Tensão Emocional de Tratamento e Cirurgia

O tratamento e a cirurgia do CCP levam o indivíduo a um convívio constante com o ambiente hospitalar, comum espaço de tensões e ansiedade para a maioria das pessoas, associado à perda, morte e restrições. Não é raro que haja ligação entre a ansiedade de castração e os hospitais, o que ocorre junto ao temor de dor e perda de controle. Entre os pacientes com CCP, um medo recorrente é o de, no hospital, não retornarem da cirurgia para o tratamento do câncer, o que ocorre tanto em pequenas quanto em grandes intervenções (LANG *et al.*, 2013).

O ambiente hospitalar desperta ainda divagações comuns sobre afastamento, medo, deslocamento, ausência e solidão. O sofrimento subjetivo nesses casos é alto, quando o paciente não consegue se equilibrar, temeroso por um fim doloroso e precisa lidar com a comum inaceitação do controle sobre o destino e o futuro. Dentro ou fora do hospital há o medo de recidivas, uma ansiedade dividida entre pacientes e familiares, de forma que o hospital marca o espaço dos exames que podem negar ou confirmar a dor desse retorno, marcando novo estadiamento de vida e retorno do padrão de tratamento (PALMIERI; BIRD; SIMCOCK, 2013).

É no hospital ainda que as perdas são materializadas pelas cirurgias e procedimentos, ainda que fora dele precisem ser mediadas. Conforme descrito por Cox e Zumstein-Shaha (2017), há no ambiente um sentido fúnebre do luto por esses eventos no pacientes com CCP, e de reconhecimento de sua finitude e limitação. É no hospital também que se confirmam ou

são negadas as fantasias de punição associadas ao câncer apresentado, a autocensura pelos hábitos que podem ter levado ou contribuído à doença (como tabaco e álcool) e o reconhecimento da sujeição aos cuidados, equipes médicas e de enfermagem e à própria doença. Embora isso também ocorra fora do hospital, são nos momentos prévios e posteriores às cirurgias nesses ambientes que boa parte dos pacientes têm suas teorias a respeito das doença e suas culpas, as teorias subjetivas ao CCP, que procura explicar o evento e as dívidas que ali seriam trabalhadas. Outra situação possível é que a hospitalização seja vista para além da culpa, como uma recepção acompanhada de raiva, injustiça e decepção.

Gilbert (2014) permite afirmar que os efeitos da cirurgia para o tratamento do CCP são interpretados com vergonha quando se tornam sequelas visíveis ou perceptíveis na socialização. Existe um ambiente de vergonha pessoal com as condições que se apresentam, mas também uma projeção que procura associar a vergonha de familiares e cuidadores.

A cirurgia de CCP traz, quase sempre, momentos representativos de pesar e luto, com choro e queixas renitentes, que procuram expressar de modo verbal a dor e o sofrimento experimentado ou então materializar o luto por sua perda. Nem sempre, contudo, é possível viver esse processo de forma ampla, pois o paciente pode sentir a obrigação de poupar os familiares próximos, de modo que a depressão reativa é frequente entre os pacientes de CCP (CALLAHAN, 2005). Há nesses indivíduos plurais perdas manifestas pela cirurgia – quer seja de partes de seu corpo, de perspectivas profissionais, de autoridade e/ou de autoestima.

Em provável repercussão aos impactos gerais da doença e tratamento, o suicídio entre os pacientes pós-cirúrgicos de CCP, quando comparada aos indivíduos que apresentam outras condições oncológicas, é alta (BAXI et al., 2014).

A depressão pré-operatória em CCP pode ter início ainda na fase da biópsia, quando o diagnóstico não se encontra confirmado. Em mulheres no estágio inicial da doença, os níveis de depressão costumam ser altos e, de forma geral, os pacientes que passam por ressecção do câncer na cavidade oral tendem a se apresentar mais deprimidos que os demais indivíduos que apresentam o tratamento por CCP em outras zonas. Mesmo assim, para o diagnóstico de depressão, é preciso ter atenção aos efeitos relacionados à caquexia, anorexia e privação de álcool e tabaco, que apresentam comportamentos que comumente podem dissolver ou dificultar a identificação depressiva (PALMIERI; BIRD; SIMCOCK, 2013).

4.2.3 Relações Sociais

As relações sociais na presença de CCP e após a intervenção cirúrgica tendem a ser afetadas pela doença. Ganzer *et al.* (2015) relatam que um dos comportamentos mais comuns aos pacientes com CCP é a retirada da vida social, por temor, medo ou vergonha de sua condição, mutilações e/ou dificuldades de comunicação e socialização geral. Como a alimentação é parte importante do convívio social, esses indivíduos tendem a ter dificuldades de consumir alimentos como mesmo prazer e facilidade de antes, de forma que temem sobrecarregar os demais indivíduos com sua condição e problemas.

Não é raro ainda que os pacientes sintam que causam ansiedade em outras pessoas, e aprendam a desenvolver recursos para acalmar as pessoas de seu convívio e aplacar emoções. Há uma balança descompensada em que, de um lado, está o estigma social e de outro o elevado cuidado, em uma condição de equilíbrio. É comum que em eventos sociais ou familiares, essas pessoas sejam colocadas em espaços separados para que possam se alimentar e isso causa ansiedade, tristeza e sentimento de isolamento por parte do indivíduo e também tensões pelos demais conviventes (LANG *et al.*, 2013). Por fatores como estes, a frustração e a depressão, se apresentam recorrentemente presentes.

Os cuidadores ou acompanhantes de grande parte das pessoas com CCP permanecem ao seu lado 24 horas por dia, o que leva esses indivíduos – que em maioria são cônjuges ou pais – a uma elevada sobrecarga ou fadiga, que denuncia o baixo apoio social e a necessidade de negligenciar à própria saúde para efetuar o cuidado (BADR *et al.*, 2014).

Quanto à sexualidade, o mais comum é que haja uma redução ou mesmo anulação da atividade sexual do paciente durante a terapia ou mesmo após o tratamento. A presença de desfigurações faciais contribui para menor interesse sexual, sobretudo quando incide sobre a boca e região central da face. Outra condição que dificulta a função sexual é que as alterações que atingem a boca e garganta podem levar a odores que podem ser repelentes ao parceiro e pacientes que terminam traqueostomizados têm dificuldades mais acentuadas (RETTIG; KIESS; FAKHRI, 2015).

É sempre importante manter atenção ao paciente quanto a possível necessidade de mencionar questões sexuais, uma vez que, mesmo essa necessidade sendo recorrente, é

também reincidente o bloqueio em tratar dessa demanda (LEEUEW *et al.*, 2014). Além disso, em muitas situações, a vida sexual do paciente de CCP pode passar por restrições mesmo antes da cirurgia, já que podem ocorrer perturbações decorrentes do abuso alcoólico ou de tabaco (quando presentes) que levam à impotência.

4.2.4 Vida profissional / produtiva e lazer

Após o tratamento de CCP são raros os casos de reabilitação profissional completa. De acordo com Ward e Van As-Brooks (2014), o indivíduo, na maioria das vezes, retoma uma vida funcional, mas em condições diferentes das presentes antes do tratamento. O mais frequente é a perda parcial da capacidade produtiva ou mesmo a total, o que leva a dificuldades psicossociais representativas – já que nas duas situações há impactos financeiros que podem repercutir em todo o núcleo de convívio.

Já quanto às atividades de lazer, o quanto o paciente se torna capaz de manter a sua atividade frequente depende dos hábitos anteriores presentes e quais tipos de lazer prefere (PAULI *et al.*, 2013). Não são descartados prejuízos nessa área, mas é possível que ela avance positivamente quanto à qualidade. No segmento da pesquisa, a abordagem das estratégias de *coping*, quem mencionam os recursos para o enfrentamento do CCP entre os indivíduos.

4.3 ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE PACIENTES COM CCP

O *coping* é formado por um conjunto complexo de comportamentos e atitudes que compartilham da finalidade de mediar a situação estressora e sua vivência. Segundo Lazarus e Folkman (1984), para o paciente de CCP um *coping* positivo frente à sua doença é envolver-se informações que possam promover maior proximidade e contato a seu quadro e terapias, com a tomada de um comportamento ativo e, com isso, mais informado e estabilizado quanto às incertezas e possibilidades, bem como desdobramentos que poderão ser vivenciados.

Gonçalves *et al.* (2015) relatam que as estratégias mais comumente utilizadas para o *coping* no CCP são aplicadas principalmente logo após a cirurgia de tratamento e logo nos primeiros momentos após esse evento. É quando a demanda de enfrentamento e adaptação é mais latente. No entanto, isso não significa que, em outros momentos não haja demandas importantes. O tipo de estratégia mais utilizado é a centralização no problema para os casos em que a cura é considerada como uma possibilidade mais viável, e na focalização emocional nos casos paliativos. Aqueles indivíduos que encontram uma doença altamente avançada têm um *coping* norteado para recursos intrapsíquicos que proporcionam controle emocional e o principal risco recai sobre a adoção da racionalização, regressão ou intelectualização – dentre outros comportamentos negativos.

De Paula Junior e Zanini (2011) afirmam que a negação é bastante comum nos casos de cirurgias que afetam a aparência da face, uma vez que após a sua realização o paciente precisa lidar com o luto da perda do rosto anterior e a com a dura tarefa da aceitação do corpo como se encontra. No entanto, é importante trabalhar estratégias que fortaleçam a integração com a imagem corporal ou que apoiem na adaptação, sobretudo fortalecendo o indivíduo para possíveis reações não positivas no convívio social que podem cercar a sua reinserção.

Mas a negação, conforme Sherman et al. (2000), embora seja uma estratégia de *coping* recorrente, é também responsável por problemas graves como o atraso em terapias ou hesitações em aderir a orientações oferecidas pela equipe de cuidado. A recidiva também tende a ter sua identificação colocada de forma tardia por esse recurso, quando existe a recusa em reconhecer o aparecimento de gânglios inchados, ferimentos na cavidade oral e demais sinalizadores do CCP em retorno. Em geral, os pacientes com CCP levam até 4 meses após o surgimento dos sintomas para buscar atendimento médico, mas não são raros indivíduos que estendem esse adiamento para seis meses ou mais, dependendo, em muitos casos, que familiares conduzissem às consultas.

4.3.1 Diagnóstico ao período pré-cirúrgico

Antes das cirurgias, o *coping* costuma ser delineado no momento em que o indivíduo contata o diagnóstico de CCP e as premissas gerais que conduzem à possibilidade ou pelo menos ponderação da morte prematura, da dor e dos impactos do tratamento que será

realizado, bem como das repercussões corporais. A partir da identificação do câncer é necessário trabalhar a perspectiva de que a vida não voltará a ser como era, e elaborar os valores e percepções que cercam o câncer no íntimo sistema de crenças do indivíduo (SCHLEDER *et al.*, 2013).

Conforme Chaves e Mendes (2013), antes das cirurgias é muito difícil que haja ambiente propício para maiores elucidações e explicações sobre a doença, o que torna o atendimento psicológico fundamental a estes pacientes – possibilitando a informação e as pontes necessárias para que contatem a realidade de seus casos. A drasticidade de adaptação é ainda maior entre pacientes que não sentem desconfortos representativos na identificação da doença, o que leva a um enfoque centralizado na doença como primeiro plano, com evitação de entrar na consideração dos possíveis problemas futuros ou consequências do tratamento ou doença.

4.3.2 Pré-operatório imediato, tardio e cuidados paliativos

Para melhorar o enfrentamento após a cirurgia, de palição ou não, é importante que antes da sua realização seja estimulado o consentimento informado, com o aporte psicológico de informações e orientações para que o paciente se assuma sujeito ativo de seu tratamento e conhecedor do quadro real que será enfrentado. Nesses casos, é também possível que haja maior aceitação e aproximação do mesmo com as decisões, já que tomaram parte em seu desenvolvimento. Pacientes que recebem acompanhamento psicológico que visa a sua informação e suporte tendem a desenvolver um *coping* mais eficaz após a cirurgia e a ter uma reabilitação mais responsiva e satisfatória, com a tomada de responsabilidades conjuntas à sua melhoria (REICH *et al.*, 2014).

Conforme Reich *et al.* (2014), na hospitalização cirúrgica e reabilitação é importante que haja orientação sobre as dificuldades de expectativa desse período e sobre o que frequentemente incide, como a incapacidade temporária de comer e beber, a dependência, com atenção ao risco de regressão infantil. O medo é um sentimento de expectativa no período, bem como a sensação de desamparo e exaustão emocional e, se havia o hábito de fumo e consumo de álcool, os efeitos da abstinência apodem atenuar as demandas. Os

primeiros encontros hospitalares com familiares, idealmente, devem ser mediados pela presença do Psicólogo para a ponte de informação e orientação, bem como apoio às condições que possam se apresentar.

O momento em que o paciente passa a ter contato, após a cirurgia, com a sua autoimagem, de forma ideal, pode ser mediado pela presença do Psicólogo, caso o paciente se sinta à vontade para tanto. Mas deve, de qualquer forma, ser um momento reservado a ele e ao profissional, ou somente ao indivíduo, a fim do contato com a nova realidade da autoapresentação, evento que quase sempre se dá sob forte carga emocional e choques proporcionais à intensidade trazidas pela cirurgia. A expectativa é de que seja necessário um período para a reintegração corporal, e a espera-se que a partir de sete dias após a cirurgia comecem os primeiros sinais de aceitação da nova figura. Caso isso não ocorra é feito um reforço específico a respeito dessa condição (MENDES *et al.*, 2017; SHERMAN *et al.*, 2000).

Sherman *et al.* (2000) ressalta a importância de atenção às dinâmicas de interação, a fim de permitir espaços de expressão ao paciente e conduzir melhor as relações durante a recuperação e após a cirurgia, em um acompanhamento contínuo. A alta deve ser conduzida como um processo gradativo para a prontidão do paciente e de seus esquemas de enfrentamento para as dificuldades mais frequentemente, a necessidade de adesão e os eventos de expectativa. Nem sempre os espaços hospitalares investem de forma adequada nesse período de prontidão por questões de custo ou mesmo pela insuficiência de uma equipe multidisciplinar, mas é um fator fundamental para a qualidade de vida dos pacientes.

Após a alta, é fundamental a atenção psicossocial ao *coping* salubre dos pacientes, a fim de que não venham a retornar aos fatores de risco evitáveis, como fumo e tabagismo e que tenham comportamentos positivos de adesão e disciplina ao tratamento. Há problemas que acompanham com frequência os indivíduos nesse período, como a dor e a dificuldade de adaptação às eventuais mutilações e esses eventos podem ser potencialmente danosos à qualidade de vida de alguns pacientes. Boa parte dos pacientes, além de recursos adaptativos adicionais (como próteses, cirurgias corretivas e afins), têm dentro de seu quadro de tensões a preocupação com a recidiva (REICH *et al.*, 2014).

Ainda Reich *et al.* (2014) observa que o enfrentamento da doença, por parte dos pacientes de CCP é considerado uma necessidade continuada, já que mesmo após a cura existem fatores que necessitam de mediação e que trazem estresse. Contudo, a literatura

pouco aborda essa condição demandante de forma específica para além dos primeiros momentos após a cirurgia de tratamento.

4.3.3 Estratégias de *coping* no pré-operatório imediato, tardio e cuidados paliativos

As estratégias de *coping* que tem sido reportadas na literatura envolvem medidas que trabalham o relaxamento muscular progressivo, a visualização e o fortalecimento de vínculos familiares e suporte social. Uma medida importante são grupos de apoio, em que outros pacientes em mesma situação podem prestar auxílio mútuo. Também é considerado que o *coping* se desenvolve de forma coligada, integrada em todas as suas formas em maior ou menor grau e que conforme o uso ou fluidez do indivíduo com uma ou mais dessas estratégias a outra forma pode se manifestar ou ser utilizada com maior ou menor impacto na estratégia geral de enfrentamento (DE PAULA JUNIOR; ZANINI, 2011; SHERMAN *et al.*, 2000).

Uma das estratégias iniciais na presença de desfigurações é o isolamento do convívio social, em um primeiro momento, tendo por finalidade o fortalecimento e o desejo de ocultação temporária do problema, até que haja uma melhor condição. Nas relações gerais que não são evitadas ou não podem ser, é frequente a adoção de uma bondade compensatória, no interesse de compensar a alta demanda de dependência ou de reverter o andamento da doença. Outra estratégia, na presença de desfigurações representativas, é preparar as pessoas de contato mais continuado para que se “habituem” a condição após a cirurgia, de forma que possa ser menos chocante o convívio (MENDES *et al.*, 2017).

De acordo com Santos, Santos e Silva (2016), a estratégia da religiosidade ou fortalecimento espiritual é comum, no interesse de reduzir a tensão psicológica. Mas a dinâmica desse tipo de *coping* não é muito clara. As mulheres que apresentam CCP tendem a ser mais suscetíveis a apresentar transtornos de ordem mental que homens e, entre os pacientes que tinham o hábito do consumo de álcool recorrente, há maiores dificuldades de enfrentamento, já pelas questões que conduziram ao etilismo e pelas dificuldades de alteração dos hábitos presentes.

É necessária atenção ao *coping* baseado na evitação, pois de acordo com Billings e Moos (1981) a recorrente utilização de comportamentos evitantes como forma de *coping*

prioritária acaba por resultar em menor agregação de recursos e suporte social aos indivíduos. Como resultado decorrente, há uma menor rede de sustentação para a superação das dificuldades.

A mensuração do *coping* é um processo que deve reservar atenção suficiente a todos os multifatores que compõem esse construto. A Escala de *Coping* de Billings & Moos (ECBM) é um instrumento voltado a identificar as estratégias adotadas pelos indivíduos para o enfrentamento de condições estressoras, que elucida ao *coping* e a sua finalidade, com a separação em subcategorias como método ativo cognitivo (controle do quanto a situação representa conforme repertório preexistente), ativo-comportamental (orientado a como o comportamento atua frente a condição estressora e as condições imediatas para debelação), evitação (estratégias de conforto ou alívio tensional por parte do indivíduo), ênfase no problema para mediar a condição presente no problema em sua origem e, por fim, foco na emoção, em que são mobilizados esforços cognitivo-comportamentais para que a tensão e estresse de ordem emocional seja resolvido (BILLINGS; MOOS, 1981).

Relatam Billings e Moos (1981) que a escala é distribuída em suas questões da seguinte forma: enfoque emocional /método ativo-cognitivo, questões 1 a 3; enfoque no problema/método ativo cognitivo, questões 4-6; foco no problema/método ativo-comportamental, questões 7 a 10; método ativo-comportamental, questão 11; método ativo comportamentos, enfoque emocional, questão 12; foco emocional, evitação, questões 13 a 17 e enfoque emocional, questões 18 e 19. A aplicação do questionário é feita com a condução do indivíduo à reflexão sobre a situação de interesse em análise e a resposta das questões é direcionada à avaliação desse quadro, sobre como foi mediada a condição estressante. As respostas são assumidas no formato simples dicotômico, com pontuação total do questionário orientada conforme percentual de sins oferecidos.

Logo no início da escala é possível realizar a categorização dos eventos negativos, com a disposição de seis escalas (doenças, fatores econômicos, óbitos em família, problemas relacionados a crianças, eventos interpessoais e não interpessoais). O questionário, assim que validado pelos seus autores, foi apontado como uma consistência interna de 0,62 (Alfa de Cronbach) em seus 19 itens no total e, de forma isolada, de 0,44 para evitação, 0,72 para o ato convívio e 0,80 para o ativo comportamental. Na estrutura do questionário, a correlação interna entre os métodos de *coping* considerados foi identificada como baixa (0,21), o que

permite uma consideração independente de aspectos como o foco aplicado (ou enfoque) e o método de *coping* (NORIEGA; ÁNGEL, 2018).

Ainda Noriega e Ángel (2018) afirmam que a ECBM é reconhecida como uma escala que permite o contato com a aferição do *coping* conforme situações diárias, cotidianas, o que possibilita o conhecimento dessa condição no convívio geral dos indivíduos em análise. Em comparação a outras escalas, tem ainda junto a sua qualidade a diferença de ser um padrão avaliativo curto, o que torna o instrumento adequado a diversas situações – inclusive aquelas em que o paciente apresenta desconfortos e não pode se envolver em longos períodos de investigação.

Esta pesquisa é um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal, voltado à correlação dos domínios da QVRS e sintomas dos pacientes oncológicos operados de cirurgia de cabeça e pescoço, com as estratégias de *coping*. A descrição metodológica do estudo encontra-se em sequência.

5.1 O LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Câncer “Alfredo Abrão”, localizado na cidade de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS), situado à Rua Marechal Rondon, n. 1053, Centro, de forma específica ao setor destinado ao atendimento de pacientes de CCP, denominado Serviço de Cabeça e Pescoço (SCP).

5.2 PARTICIPANTES

Integram a pesquisa, pacientes (55) atendidos pelo Serviço de Cabeça e Pescoço (SCP) que receberam tratamento cirúrgico e aderiram à pesquisa a partir do critério da participação livre e espontânea, manifesta após convite durante a sua permanência no SCP ou atendimentos. Uma vez apresentados aos objetivos da pesquisa e proposta a integração, os pacientes que manifestaram o interesse de integrar o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Foram incluídos pacientes com atendimento entre 1-7 dias (primeira semana) após cirurgia de cabeça e pescoço, que apresentaram concordância livre e espontânea de integração ao estudo, maiores de idade, capazes, não integrantes de parcelas vulneráveis da população (como quilombolas, indígenas e crianças, exclusivamente em razão dos procedimentos específicos de autorização necessários ao trabalho com essas populações). Foram excluídos pacientes em condições distintas destas.

5.3 INSTRUMENTOS

Para identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos que passaram por cirurgia de CCP no HCAA conforme supradescrito para o enfrentamento de estresse e sua relação com a QV, foram aplicados quatro instrumentos: um questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde; a ECBM (Billings e Moos, 1981); o questionário geral de avaliação da saúde de pacientes com câncer, EORTC QLQ-C30, aplicado em associação ao módulo específico de CCP, o EORTC QLQ-H&N35.

O questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde, de autoria do pesquisador, foi organizado com a finalidade de traçar o perfil da população estudada e suas características no que se refere aos seguintes aspectos: idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos, escolaridade, profissão, atividade/ ocupação atual, renda mensal, necessidade de acompanhante, como foi encaminhado para o hospital, dados relacionados ao diagnóstico, tumor e procedimentos cirúrgicos, se foi encaminhado para outro tipo de tratamento, se foi avaliado pelo Setor de Fonoaudiologia e se realiza tratamento com Equipe Multiprofissional.

Atualmente existem muitos instrumentos de pesquisa de QVRS. Nesta pesquisa será utilizado o questionário geral EORTC QLQ-C30 associado ao seu módulo específico de CP, o EORTC QLQ-H&N35, acreditando ser o mais adequado para avaliar a QVRS de pacientes cirúrgicos com CCP.

O questionário EORTC QLQ-C30 contém 30 itens compostos por escalas com múltiplos itens e medidas de item único, que visam refletir a multidimensionalidade do construto QV. Esse instrumento inclui cinco escalas funcionais (função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala de QV e saúde global, seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispneia, falta de apetite-anorexia, insônia, constipação e diarreia), escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença.

Já o módulo específico, EORTC QLQ-H&N35, avalia 18 domínios: dor, engolir, sentidos (paladar e olfação), fala, alimentar-se socialmente, contato social, diminuição da sexualidade, problemas dentários, trismo, xerostomia, saliva espessa, tosse, mal-estar,

consumo de medicação, suplementos nutricionais, sonda para alimentação, perda ou ganho de peso.

5.4 PROCEDIMENTOS

Os pacientes foram abordados no espaço do SCP do HCAA durante seus atendimentos ou procedimentos de acompanhamento. No local, foram apresentados aos objetivos da pesquisa e convidados à integração. Os concordantes receberam o TCLE para assinatura e foi acordado um momento adequado, no ambiente hospitalar, para a resposta aos questionários, conforme melhor decisão do pesquisador. De acordo com o combinado, o pesquisador se reuniu no espaço hospitalar nos locais de escolha e aplicou o questionário aos participantes.

Os quatro questionários foram aplicados simultaneamente: o questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde, o ECBM, o EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-H&N35. A aplicação teve duração média de 20 minutos por paciente e o pesquisador conduziu a apresentação do instrumento e os questionamentos, registrando no instrumento os retornos oferecidos para maior precisão. As entrevistas ocorreram no ano de 2017, entre os meses de agosto a setembro. O banco de dados do Serviço de Fonoaudiologia dos pacientes tratados cirurgicamente, que responderam os instrumentos de pesquisa, baseados nos protocolos adotados em comum acordo com o Serviço de CP, também foi utilizado mediante o preenchimento do TCLE e informação dos objetivos da pesquisa. Após a aplicação dos questionários foi realizado tratamento estatístico, com tabulação dos resultados e análise estatística dos mesmos, possibilitando o estudo percentual, discussão e conclusão da pesquisa.

O tratamento dos dados foi realizado no programa estatístico *BioStat* v. 5.0 (*AnalystSoft, Walnut, EUA*). Os dados foram analisados a partir da aplicação de estratégias de estatística básica como percentual, média e desvio padrão e, para a comparação de variáveis independentes, foi aplicado o Teste *t-Student* orientado para dados pareados e não pareados, tendo por nível de significância a consideração de $p < 0,05$.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade às exigências estabelecidas para a pesquisa com pessoas, que se fundamenta na Resolução nº 184/2012 e nas orientações fundamentadas constitucionalmente, Título II, que versa sobre os direitos e garantias fundamentais.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada pelo encaminhamento de um pedido de autorização para o responsável (presidente) da Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul, mantenedora do Hospital de Câncer “Alfredo Abrão” e para a diretoria técnica, para a realização da pesquisa na instituição. Aprovado este pedido, o projeto foi cadastrado através da Plataforma Brasil a fim de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB, para autorização da pesquisa com Seres Humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após aprovação do CEP, foi realizado estudo piloto com 10 pacientes, com o intuito de verificar a adequação dos instrumentos, a partir de abordagem no espaço de pesquisa (HCAA) e, conformidade a adequação dos recursos, foi procedida a pesquisa que estrutura esta investigação.

Os resultados foram divididos em quatro partes: a primeira, estatística descritiva das características dos pacientes. A segunda comporta as análises estatísticas significativas dos cruzamentos entre as variáveis e o instrumento *EORTC QLQ – C30*. A terceira parte contém os cruzamentos significativos referentes ao *EORTC QLQ – H&N35* e, por fim, a quarta e última parte contém os cruzamentos significativos entre as variáveis e o Inventário de Coping – Billings & Moos. No processamento estatístico foram utilizados os testes – *Student* e de Correlação Linear, ambos aplicados com 95% de confiabilidade.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE CCP

Os integrantes do estudo (n=55) se encontram descritos na Tabela 1 a partir de variáveis diversas que permitem maior aproximação a quem são e como se estruturam em seu meio, fatores determinantes ao *coping*. Foram consideradas as variáveis sexo, estado civil, filhos, residência, município de residência, presença ou não de acompanhamento, tratamento recebido, diagnóstico fonoaudiológico e atendimento hospitalar:

Tabela 1 - Variáveis descritivas dos pacientes (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

		Continua	
Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	27	49,1%
	Masculino	28	50,9%
Estado Civil	Casado	36	65,5%
	Solteiro	13	23,6%
	Divorciado	5	9,1%
	Viúvo	1	1,8%
Filhos	Não	8	14,5%
	Sim	47	85,5%
Mora	Família	41	78,8%
	Parentes	5	9,6%
	Filho	3	5,8%
	Sozinho	2	3,8%
Cidade	Amigos	1	1,9%
	Campo Grande	13	23,6%
	Outros	42	76,4%
Necessita Acompanhante	Não	37	68,5%
	Sim	17	31,5%

Tabela 1 - Variáveis descritivas dos pacientes (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

Variáveis		Conclusão	
		N	%
Tratamento Adicional à Cirurgia	Não	39	72,2%
	Sim	15	27,8%
Diagnóstico Fonoaudiológico (fatores apresentados à avaliação)	Disfagia	32	58,2%
	Disfonia	21	38,2%
	Distúrbio Articulatório	2	3,6%
	Psicologia	23	41,8%
Atendimentos Hospital	Fisioterapia	9	16,4%
	Serviço Social	12	21,8%
	Enfermagem	44	80,0%
	SAD	5	9,1%
	Nutrição	17	30,9%

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A maioria dos pacientes foi formada por homens (50,9%, n=28), contudo a disparidade é bastante sutil entre os gêneros, sem uma prevalência acentuada. Além disso, a maior parte dos pacientes possui relacionamento afetivo ativo (65,6%, n=36) e, consequentemente e filhos (85,5%, n=47). A estrutura de residência apresentada foi correspondente ao padrão de relacionamento e parentalidade, com comum residência junto à família, filhos ou parentes (94,2%, n=49).

A boa estrutura e rede familiar inicialmente apresentada indicam uma perspectiva de abordagem e médio e longo prazo do CCP e de seus tratamentos mais positiva quanto ao enfrentamento, pela presença de pilares essenciais de apoio ao indivíduo. Contudo, embora essa rede de suporte familiar seja bem estabelecida, a maioria dos pacientes (76,4%, n=42) não reside na cidade de recepção de tratamento (Campo Grande, MS).

Este fator pode restringir a rede de apoio familiar, sobretudo pela baixa necessidade de acompanhamento pelos entrevistados, já que 76,4% (n=42) não têm essa necessidade. Ao menos durante os períodos cirúrgicos e de recepção direta do tratamento ou intervenções, é a estrutura particular, pessoal, do indivíduo que responde por parte representativa de seu enfrentamento – em especial na permanência hospitalar.

A cirurgia foi a abordagem de tratamento central, com poucos casos de tratamento de continuidade (27,8%, n=15) e elevada quantidade de relatos de sequelas de disfagia e disfonia (96,4%, n=53).

Embora o hospital investigado possua atendimento multidisciplinar, as três principais abordagens recebidas pelo grupo de CCP investigado foram cuidados de Enfermagem (80%, n=44), Psicologia (41,8%, n=23) e Nutrição (30,9%, n=17). O atendimento multidisciplinar é vinculado à QV e *coping* positivo, uma vez que torna a recepção, abordagem e acolhida do paciente mais positiva e pautada na informação e condução ativa do sujeito em seu tratamento.

Descrito o perfil geral, no segmento dos dados são tratados os resultados significativos identificados no instrumento EORTC QLQ-C30 às variáveis sociodemográficas descritas nesta etapa inicial.

6.2 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS EORTC QLQ-C30 EM CRUZAMENTO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na aplicação do questionário EORTC QLQ-C30 foi feito o cruzamento das variáveis apresentadas à consideração e, a partir da identificação de corte de $p < 0,05$, foram destacadas na Tabela 2 as variáveis, quantidade de filhos e renda. Estas condições apresentam maior significância quanto ao impacto na percepção de QV, com algumas repercussões adicionais que mobilizam como o paciente com CCP lida e é afetado pela doença neste enfoque.

Tabela 2 – Teste de correlação significativo entre as variáveis e o EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

Variáveis	QLQ - C30	Correlação	P
Quantidade de Filhos	Desempenho de papel (DP)	0,39	0,007
	Fadiga (FAD)	-0,344	0,019
Renda	Função Cognitiva (FC)	-0,403	0,003

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A tabela indica que a presença de filhos amplia a dimensão de melhor desempenho de papel ($p = 0,007$) entre os pacientes de CCP alvos do estudo, ao mesmo tempo em que reduz a fadiga de forma significativa ($p = 0,019$). Em conjunto a essa identificação, quanto menor a renda, menor a eficácia do construto da função cognitiva ($p = -0,403$).

A Tabela 3 reporta os aspectos significativos relacionados a presença ou ausência de acompanhantes. Na tabela, há o relato de por quais meios (e, neste caso, em funções expressivas como social, emocional e física), ter ou não um acompanhante reflete na dimensão de qualidade de vida do paciente de CCP:

Tabela 3 – Teste *t-student* significativos com presença de acompanhantes e domínios do EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ-C30	Acompanhante	N	Média	D.P.	t	P
Função Física (FF)	Não	37	82,34	16,72	6,29	0,017
	Sim	17	70,59	15,65		
Função Emocional (FE)	Não	37	75,45	19,93	4,93	0,037
	Sim	17	56,86	31,76		
Função Social (FS)	Não	37	79,73	24,26	5,58	0,026
	Sim	17	59,8	30,65		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Os acompanhantes foram relacionados a menor Função Física (FF), uma vez que escores superiores desse quesito são acompanhados de maior efetividade de desempenho. A ausência de um cuidador acompanhante também foi correlacionada positivamente a maior efetividade de Função Emocional (média 75,45), com menor competência entre indivíduos que recebem esse suporte. Mesma condição ocorreu na Função Social (FS), com média superior (79,73) entre pacientes sem acompanhantes em comparação aos que possuem essa assistência (59,8).

Na Tabela 4, os aspectos representativos da disfagia são tratados, e evidencia os principais aspectos acometidos por este tipo de condição nas funções física/social e fadiga. Assim, permite compreender o quanto a condição disfágica afeta o paciente e quais as principais restrições que ocasiona.

Tabela 4 – Teste *t-student* significativos entre se o paciente possui disfagia e domínios do EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ-C30	Disfagia	N	Média	D.P.	t	P
Função Física (FF)	Não	23	84,64	17,11	4,39	0,042
	Sim	32	75,00	16,42		
Função Social (FS)	Não	23	84,06	22,18	6,77	0,012
	Sim	32	66,15	28,86		
Fadiga (FAD)	Não	23	20,77	16,17	4,84	0,032
	Sim	32	32,29	22,64		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A disfagia se mostrou impactante na QVRS, com redução média de 9,64 pontos no escore de Função Física (FF) se presente. Foi também identificado alto impacto social desse quesito, com efetividade média superior em 17,91 pontos no escore de Função Social (FS) entre sujeitos não disfágicos. Dos impactos significativos, o mais intenso em perda média de escore foi a Fadiga (FAD), com mais 45,38 pontos relacionados ao impacto disfágico na QVRS.

A Tabela 5 aborda o impacto da disfonia sobre quesitos da QVRS do grupo investigado, representando quais as dimensões que são mais afetadas pelo enfraquecimento ou alteração(ões) da voz, uma das condições mais frequentemente relacionadas ao tratamento de CCP.

Tabela 5 – Teste *t-student* significativos entre se o paciente possui disfonia e domínios do EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ-C30	Disfonia	N	Média	D.P.	t	P
FAD	Não	34	22,88	19,14	4,36	0,043
	Sim	21	34,92	21,74		
Dificuldades Financeiras (DIF)	Não	34	45,10	34,70	9,03	0,004
	Sim	21	73,02	32,69		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A disfonia se mostrou significativa para a fadiga, com escore 12,8 pontos mais elevado ao construto entre indivíduos disfágicos relacionados a essa percepção. As dificuldades financeiras entre os indivíduos disfágicos são também significativamente maiores (27,02 pontos a mais no escore médio).

A Tabela 6 aborda o acesso à nutricionista e como se apresentou em relação aos quesitos do EORTC QLQ-C30. As informações evidenciam os principais ganhos do encaminhamento nutricional a um paciente que, usualmente, necessita de alterações representativas em sua forma de se alimentar e de acompanhamento regular para que estas medidas sejam, de fato, suficientes às suas necessidades.

Tabela 6 – Testes *t-student* significativos entre se o paciente foi encaminhado para nutricionista e os domínios EORTC QLQ-C30 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ-C30	Nutrição	N	Média	D.P.	t	P
Estado Geral de Saúde /Qualidade de Vida (EGS/QV)	Não	38	87,94	11,58	5,77	0,026
	Sim	17	74,02	22,61		
Insônia (INS)	Não	38	6,14	18,75	6,72	0,018
	Sim	17	31,37	38,13		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

O encaminhamento para a recepção do atendimento de nutricionista se mostrou relacionado a uma menor percepção quanto ao Estado Geral de Saúde / Qualidade de Vida (EGS/QV) (13,92 pontos inferiores ao escore dos não encaminhados), com ligação direta à presença de incômodos que mencionam possível impacto sistêmico do quadro, como insônia (25,23 de elevação no escore em comparação a não encaminhados).

6.3 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS EORTC QLQ-H&N35

Na aplicação do EORTC QLQ-H&N35 foram evidenciados os seguintes fatores a partir de obtenção de significância ($p < 0,05$) que se destacaram no conjunto de pacientes de CCP investigados, com início à Tabela 7 que trata das variáveis sociodemográficas significativas ($p < 0,05$) ao instrumento, condições apresentadas no meio de vida e nas condições gerais do paciente que repercutem de forma sistêmica em seu enquadramento social e modo de vida.

Tabela 7 – Testes de correlação significativos entre as variáveis e o EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

Continua

Variável	QLQ H&N35	Correlação	P
Idade	Problemas com a alimentação social (HNSO)	0,347	0,010
	Problemas com contato social (HNSC)	0,395	0,003
	Suplementos nutricionais (HNNU)	0,324	0,017
	Alimentação por tubo (HNFE)	0,364	0,007
	Perda de peso (HNWL)	0,351	0,009
Quantidade Filhos	Gatilhos de dor (HNPK)	-0,343	0,020
Renda	Baixa sexualidade (HNTE)	0,677	< 0,001

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

O avanço etário se mostrou representativo a problemas relacionados a alimentação social, contato social, uso de suplementos nutricionais, alimentação por tubo e perda de peso. Contudo, foram de maior significância o avanço no uso dos suplementos nutricionais ($p=0,017$), alimentação social (0,010) e perda de peso (0,009). A presença de filhos é correlacionada de forma representativa (0,020) à menor incidência de gatilhos de dor, ao mesmo tempo em que a renda tem uma correlação limítrofe com menor função sexual ($p<0,001$).

Na Tabela 8 são apresentados os principais fatores relacionados ao sexo e sua influência a partir da aplicação do EORTC QLQ-H&N35, o que evidencia alguns aspectos referentes aos efeitos do tratamento e presença do CCP conforme o sexo do paciente, dimensionando distintos impactos e comportamentos:

Tabela 8 – Testes t-student significativos entre o sexo do paciente e os domínios do QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Sexo	N	Média	D.P.	t	P
Suplementos Nutricionais (HNNU)	Feminino	27	7,41	26,69	12,85	0,001
	Masculino	28	46,43	50,79		
Alimentação por tubo (HNFE)	Feminino	27	7,41	26,69	21,13	< 0,001
	Masculino	28	57,14	50,40		
Perda de peso (HNWL)	Feminino	27	29,63	46,53	13,76	0,001
	Masculino	28	75,00	44,10		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Embora os fatores elencados tenham sido apontados no conjunto, as mulheres apresentam menor impacto na percepção de fatores de limitação da QVRS relacionados ao CCP, com menor alegação de influência ou interpretação em comparação a homens – o que se dá de forma representativa.

Ainda na Tabela 8 consta que as questões relacionadas pelo conjunto como significativas foram o consumo de suplementos nutricionais (escore 39,02 mais elevado aos homens), alimentação por tubo (escore 49,72 superior aos homens) e perda de peso (45,37 de pontuação superior masculina).

Na Tabela 9 a descrição dos fatores relacionados ao estado civil e variáveis significativas do EORTC QLQ-H&N35, em que são destacadas as condições médias de

impacto diferenciadas conforme o estado civil dos principais impactos identificados, em que pese a deglutição e os problemas referentes à alimentação social, como ressaltado na amostra pesquisada.

Tabela 9 – Testes t-student significativos entre o estado civil do paciente e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Estado Civil	N	Média	D.P.	t	P
Deglutição (HNSW)	Casado	36	19,91	18,18	4,88	0,037
	Demais	19	39,04	35,36		
Problemas com Alimentação Social (HNSO)	Casado	36	18,06	20,17	4,26	0,049
	Demais	19	34,21	30,79		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A deglutição foi apontada como um problema com média de escore 19,13 superior entre os indivíduos de grupos distintos aos casados e, em mesma linha de segmento e com maior significância ($p=0,049$), os problemas com a alimentação social foram inferiores em 16,15 pontos médios do escore entre os casados.

Na Tabela 10, a associação entre a cidade de residência do paciente e os domínios do questionário específico para a QVRS ao CCP, análise que evidencia a acentuação entre o residir distante e o maior impacto deste fator na perda de peso:

Tabela 10 – Testes t-student significativos entre a cidade do paciente e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Cidade	N	Média	D.P.	t	P
Perda de Peso (HNWL)	CG	13	84,60	37,60	10,37	0,003
	Outros	42	42,86	50,09		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

O critério de maior significância relacionado à cidade de moradia do paciente foi a perda de peso (HNWL). No entanto, o padrão possui escores superiores entre pacientes residentes em Campo Grande / MS (41,74 mais elevado) em comparação aos residentes em outras localidades.

A tabela 11 descreve a correlação entre a necessidade ou não de acompanhante frente aos critérios significativos do EORTC QLQ-H&N35, evidenciando a maior intensidade de fatores como restrições de contato social e maior percepção de doença associadas a este fator.

Tabela 11 – Testes t-student significativos entre se paciente necessita de acompanhante e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Acompanhante	N	Média	D.P.	t	P
Problemas com o Contato Social (HNSC)	Não	37	19,10	18,40	8,51	0,007
	Sim	17	35,69	19,85		
Sentir-se doente (HNFI)	Não	37	17,12	20,22	5,93	0,023
	Sim	17	35,29	27,56		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Os problemas com o contato social (HNSC) foram superiores em escore entre os indivíduos que tem necessidade de recepção de acompanhantes (média 16,59 mais elevada entre os que possuem esse tipo de suporte). Foi identificada ainda maior intensidade em sentir-se doente (HNFI) entre os indivíduos acompanhados (18,17 a mais em média). Como anteriormente discutido, é importante considerar o aspecto legal do acompanhante como direito ou como necessidade a partir da condição oncológica.

A tabela 12 informa qual a relação entre o paciente que fará ou não tratamento adicional à cirurgia e a sua relação ao EORTC QLQ-H&N35, que destacam os aspectos de maior impacto envolvidos na recepção do tratamento frente aos fatores de qualidade de vida ressaltados.

Tabela 12 – Testes t-student significativos entre se o paciente vai fazer tratamento e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Tratamento	N	Média	D.P.	t	P
Problemas na fala (HNSP)	Não	39	6,55	9,78	5,83	0,029
	Sim	15	25,93	30,48		
Perda de peso (HNWL)	Não	39	38,46	49,29	16,05	< 0,001
	Sim	15	86,67	35,19		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A recepção de tratamento adicional se mostrou mais comum entre os indivíduos que relataram problemas na fala (HNSP) (escore 19,38 pontos superior aos que não receberão tratamento) e perda de peso (HNWL), sobretudo se possuem escore alto neste critério (escore 48,21 superior em percepção).

Na Tabela 13 a correlação entre a presença ou ausência de disfagia e os domínios do EORTC QLQ-H&N35. A disfagia é uma questão representativa ao CCP, assim, esta tabela permite compreender com maiores detalhes como a sua presença influencia na percepção em fatores variados da qualidade de vida dos pacientes, com o comparativo entre os que apresentam ou não o quadro.

Tabela 13 – Testes *t-student* significativos entre se o paciente possui disfagia e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Disfagia	N	Média	D.P.	t	P
Deglutição (HNSW)	Não	23	11,59	12,75	19,62	< 0,001
	Sim	32	37,24	29,10		
Problemas Sensoriais (HNSE)	Não	23	0,73	3,48	6,53	0,015
	Sim	32	10,42	21,06		
Problemas com a Alimentação Social (HNSO)	Não	23	8,33	12,56	23,97	< 0,001
	Sim	32	34,64	26,53		
Problemas com o Contato Social (HNSC)	Não	23	13,33	13,33	15,68	< 0,001
	Sim	32	31,67	20,95		
Boca seca (HNDR)	Não	23	5,80	16,37	4,15	0,047
	Sim	32	19,79	33,72		
Sentir-se Doente (HNFI)	Não	23	13,04	19,43	7,22	0,010
	Sim	32	29,17	25,04		
Alimentação por Tubo (HNFE)	Não	23	8,70	28,81	14,61	< 0,001
	Sim	32	50,00	50,80		
Perda de peso (HNWL)	Não	23	30,43	47,05	8,87	0,005
	Sim	32	68,75	47,09		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A disfagia se mostrou associada a uma série de variáveis do EORTC QLQ – H&N35, especialmente boca seca ($p=0,047$), com escore médio superior em 13,99 entre os que apresentam a condição. Os problemas de deglutição apresentaram escore superior em 25,65 pontos aos pacientes disfágicos, em mesma tendência aos problemas sensoriais (escore 9,69 superior entre disfágicos).

Foi identificada maior intensidade dos problemas com a alimentação social (HNSO) entre os que apresentam disfagia (escore 26,31), no contato social (escore 7,62 superior na presença da condição), maior autopercepção como doente (16,13 superior), alimentação por tubo (41,3 a mais no escore) e perda de peso (38,32 superior em escore entre disfágicos).

Na Tabela 14 a relação entre a disfonia e os fatores significativos encontrados no teste EORTC QLQ-H&N35. Na tabela, a relação entre a disfonia e a dificuldade de comunicação foi apresentada com sua intensidade na população estudada, o que permite compreender a distinção dos impactos entre pacientes com e sem o problema.

Tabela 14 – Testes t-student significativos entre se o paciente possui disfonia e os domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Disfonia	N	Média	D.P.	t	P
Problemas na fala (HNSP)	Não	34	4,58	10,98	12,99	0,001
	Sim	21	24,87	24,32		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A disfonia se mostrou relacionada aos problemas na fala dos indivíduos, que apresentam um escore 20,29 superior entre indivíduos disfônicos. A correlação natural aqui apresentada foi significativa por ser um fator sinônimo: a disfonia representa mudanças ou alterações na voz, logo, problemas na fala são de expectativa.

Na Tabela 15 consta a análise dos fatores significativos relacionados ao encaminhamento na nutricionista e os domínios do EORTC QLQ-H&N35. São pontos importantes que mostram perfis de condição e práticas do paciente que reforçam o papel do acompanhamento nutricional na manutenção da sua saúde, a exemplo dos casos de encaminhamento na alimentação por tubo, a fim de manter a suficiência da ingesta alimentar.

Tabela 15 – Testes t-student significativos entre se o paciente recebe atendimento nutricional e domínios do EORTC QLQ – H&N35 (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

QLQ – H&N35	Nutrição	N	Média	D.P.	t	P
Suplementos Nutricionais (HNNU)	Não	38	15,79	36,95	7,20	0,013
	Sim	17	52,90	51,40		
Alimentação por Tubo (HNFE)	Não	38	21,05	41,32	7,27	0,012
	Sim	17	58,80	50,70		
Perda de peso (HNWL)	Não	38	36,84	48,89	20,67	< 0,001
	Sim	17	88,24	33,21		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Os fatores diferenciais indicados à recepção de atendimento nutricional são superiores entre indivíduos que apresentam consumo de suplementos nutricionais (escore 37,11 superior aos não recepcionantes), maior incidência de alimentação por tubo (escore 37,75 mais elevado entre os que recebem o atendimento nutricional) e perda de peso, que é 51,4 superior em menção/escore aos que não recebem esse tipo de suporte.

6.4 *COPING* E QUALIDADE DE VIDA: RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DO INVENTÁRIO DE *COPING* DE BILLINGS & MOOS

A ECBM foi a escala utilizada nesta pesquisa para a mensuração do perfil de *coping* (estratégias) desenvolvidas, logo, na apresentação dos dados significativos, a Tabela 16 indica os fatores de correlação representativa entre as variáveis socioeconômicas e a ECBM, em que se destacam os fatores de idade, prole e renda como principais elementos de destaque na população considerada.

Tabela 16 – Testes de correlação significativos entre as variáveis e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

Variável	Coping	Correlação	P
Idade	Comportamental + Problema	-0,436	0,001
Quantidade Filhos	Comportamental + Emoção	0,388	0,008
Renda	Comportamental + Emoção	0,310	0,022
	Emoção	0,330	0,015

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

A tabela indica que a correlação do avanço etário à redução no *coping* comportamento com enfoque ao problema ($p=0,001$). A presença de filhos se revelou fator de orientação de *coping* comportamental com enfoque à emoção e a renda, de forma múltipla, se revelou um fator que, quanto maior, inclina ao desenvolvimento de *coping* com enfoque emocional, com prevalência de significância deste tipo de *coping* e, em primeiro plano, da associação comportamento com enfoque emocional.

Na Tabela 17 são apresentados os valores significativos referentes ao sexo e as estratégias de *coping*, o que evidencia a maior ou menor expressão das condições conforme o sexo do paciente, indicando a maior ou menor adequação destas estratégias.

Tabela 17 – Testes t-student significativos entre o sexo do paciente e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

Coping	Sexo	N	Média	D.P.	t	P
Comportamental + Problema	Feminino	27	83,33	18,34	9,12	0,004
	Masculino	28	66,07	23,78		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Nesta pesquisa, o tipo de *coping* comportamental com enfoque no problema se destacou de forma significativa ($p=0,004$) em relação a sexo, com maior adesão entre mulheres, cujo escore se apresenta 17,26 pontos superiores na média em comparação aos homens.

Na Tabela 18 constam os elementos significativos do encaminhamento ou não ao psicólogo e sua correlação significativa é ECBM, com destaque à emoção e seu impacto na recepção ou não do tratamento psicológico.

Tabela 18 – Testes t-student significativos entre se o paciente foi encaminhado para psicólogo e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

<i>Coping</i>	Psicologia	N	Média	D.P.	t	P
Emoção	Não	32	81,25	24,59	4,70	0,036
	Sim	23	63,04	34,44		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

É possível observar que a prevalência do *coping* emocional é menor entre os indivíduos encaminhados ao atendimento psicológico, com escore 18,21 inferior quanto à média relacionada à emoção entre os não encaminhados.

Para uma discussão conjunta a esta tabela, por serem correlacionadas, também foi desenvolvida a Tabela 19, com a análise sobre os fatores significativos do encaminhamento ao nutricionista e a ECBM. A alimentação, como parte expressiva da vida humana, foi tratada nesta tabela a partir dos impactos apresentados na formação do *coping*, bem como sua expressão:

Tabela 19 – Testes t-student significativos entre se o paciente foi encaminhado para nutricionista e ECBM (HCAA, n=55, Campo Grande, MS, 2017)

<i>Coping</i>	Nutrição	N	Média	D.P.	t	P
Comportamental + Problema	Não	38	80,26	16,6	5,97	0,025
	Sim	17	61,76	29,47		
Comportamental + Emoção	Não	38	2,63	16,22	5,25	0,034
	Sim	17	29,4	47		
Emoção	Não	38	80,26	24,77	4,89	0,037
	Sim	17	58,82	36,38		

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Foi identificada prevalência entre a estratégia de *coping* comportamental com enfoque à emoção entre os indivíduos encaminhados ao suporte nutricional, em que os escores apresentados foram 26,77 mais elevados entre os sujeitos que recebem esse serviço, comparados aos que não recebem.

A abordagem comportamental com enfoque ao problema é menor entre os receptores de serviços nutricionais, com escore inferior em 18,5 aos receptores. Quanto à emoção, há maior intensidade de escore entre os não receptores do serviço nutricional, com valor superior em 21,44 no escore médio.

Na Tabela 20 são apresentados os resultados de correlação que mostram os principais fatores que afetam a qualidade de vida e como estes fatores replicam no *coping* dos pesquisados, com associações próprio as de cada associação.

Tabela 20 – Testes de correlação linear que se mostraram estatisticamente significativos entre o inventário de *Coping* e o EORTC QLQ – C30.

<i>Coping</i>	QLQ-C30	Correlação	P
Cognitivo + Emoção	Náuseas e Vômito (NAV)	0,414	0,002
	DOR	0,38	0,004
	Dispneia (DIS)	0,368	0,006
	Insônia (INS)	0,358	0,007
	Perda de Apetite (PAP)	0,355	0,008
	Constipação (CON)	0,364	0,006
	Diarreia (DIA)	0,618	<0,001
Cognitivo+Problema	Função Social (FS)	-0,334	0,013
	Constipação (CON)	0,321	0,017
Comportamental	Função Cognitiva (FC)	0,3	0,026
	Insônia (INS)	-0,373	0,005
Comportamental+Emoção	Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida (EGS/QV)	-0,442	0,001
	Função Cognitiva (FC)	-0,351	0,009
	Náuseas e Vômito (NAV)	0,45	0,001
	Dispneia (DIS)	0,568	<0,001
	Insônia (INS)	0,654	<0,001
	Perda de Apetite (PAP)	0,414	0,002
	Constipação (CON)	0,514	<0,001
	Diarreia (DIA)	0,495	<0,001
Esquiva+Emoção	Perda de Apetite (PAP)	-0,336	0,013

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Assim, os acionamentos de ordem cognitivo+emocional são relacionados sobretudo por diarreia, náuseas e vômito e dor nos indivíduos. A associação cognitiva+problema tem como principal fator de correlação a função social. Aspectos comportamentais são relacionados à insônia e a associação comportamento + emoção se liga, em principal, a insônia, dispneia e constipação. Por fim, a associação esquiva + emoção foi correlacionada à perda de apetite.

Em mesmo movimento relaciona, a Tabela 21 apresenta as correlações entre o Inventário de *Coping* Billings & Moos e QLQ – H&N35, que apresenta os principais fatores reportados associativamente entre estes instrumentos:

Tabela 21 – Testes de correlação linear que se mostraram estatisticamente significativos entre o Inventário de *Coping* – Billings & Moos em relação ao QLQ – H&N35

<i>Coping</i>	QLQ - H&N35	Correlação	P
Cognitivo+Emoção	Dor (HNPA)	0,387	0,004
	Boca Seca (HNDR)	0,275	0,042
Cognitivo+Problemas	Problemas Sensoriais (HNSE)	0,29	0,032
	Ganho de Peso (HNWG)	0,281	0,038
Comportamental+Problemas	Problemas Dentários (HNTE)	-0,301	0,025
	Suplemento Nutricional (HNNU)	-0,304	0,024
	Sonda para Alimentação (HNFE)	-0,329	0,014
Comportamental	Problemas Dentários (HNTE)	-0,273	0,044
	Suplemento Nutricional (HNNU)	-0,267	0,049
	Sonda para Alimentação (HNFE)	-0,269	0,047
Comportamental+Emoção	Dor (HNPA)	0,611	<0,001
	Problemas Sensoriais (HNSE)	0,508	<0,001
	Problemas Dentários (HNTE)	0,511	<0,001
	Suplemento Nutricional (HNNU)	0,31	0,021
	Perda de Peso (HNWL)	0,331	0,013
Esquiva+Emoção	Problemas Dentários (HNTE)	-0,306	0,023

Fonte: Pesquisa a Campo (2017).

Desta forma, foi possível constatar que a associação, cognitivo + emoção foi ligada mais determinantemente à dor; cognitivo + problemas, se associou mais fortemente a problemas sensoriais; comportamental + problema ao uso de sonda para alimentação; comportamental a problemas dentários; comportamental + emocional a dor/problemas dentários e sensoriais; e, por fim, esquiva e emoção a problemas dentários.

Na análise dos dados, um dos primeiros aspectos obtidos foi o relativo afastamento da incidência do CCP aos dados de Ferris *et al.* (2016), que pontuaram maior incidência do CCP no sexo masculino. Essa diferenciação não se confirmou nesta pesquisa, sem evidente discrepância de incidência entre os gêneros.

Há duas possibilidades para esse fato: uma distribuição mais uniforme regional deste tipo de doença, o que não pode ser afirmado seguramente pelo porte da amostra desta pesquisa (n=55 indivíduos), ou a condição aleatória decorrente da participação livre e espontânea adotada neste estudo - que tende a ser mais atrativa à participação feminina pela comum maior abertura à comunicação de fatores ou experiências relacionadas ao adoecimento.

A consistência de rede familiar apresentada pela população pesquisada foi positiva, suficiente à formação e fortalecimento da estrutura e suporte familiar para o fortalecimento de estratégias de *coping* positivas. Esta alegação parte dos achados relatados por De Paula Junior e Zanini (2011) e Sherman *et al.* (2000). Sherman *et al.* (2000) afirmam que redes familiares ativas são importantes para a quebra da resistência ou negação da doença e entrada precoce nos processos de diagnóstico (ou em tempo de um melhor prognóstico), bem como maior continuidade terapêutica.

A cirurgia foi identificada como medida central de tratamento ao CCP, em conformidade ao que sustentam autores como Herman *et al.* (2013), Malzyner e Caponero (2013) e Pinto *et al.* (2015), que igualmente ressaltaram sua importância a casos com ou sem metástase, de forma preventiva e também para a palição. Zamboni (2013) destaca a radiocirurgia como alternativa à cirurgia tradicional, mas no campo de pesquisa, a cirurgia de CP se mostrou uma prática recorrente.

Como o HCAA faz uso dos procedimentos de tratamento considerados de referência por evidências e a cirurgia da CP permanece entre uma das práticas iniciais de abordagem aos diversos estágios de CCP, como é possível conciliar à menção teórica de Chone (2014) e Gobbo *et al.* (2016).

Contudo, nem sempre a cirurgia é a medida única: na presença de margens tumorais, pode ser necessária refação cirúrgica para a erradicação total ou a associação a outras práticas como o esvaziamento cervical (Amar *et al.*, 2013), radioquimioterapia (Cohen *et al.*, 2013; Dorsey; Agulnik, 2013; Galbiatti *et al.*, 2013; Yom, 2015) e uso de radioterapia com

abordagem específica à casos de recidiva ou metástase, com o uso de cisplatina e recursos similares (CHEN *et al.*, 2013).

Quanto ao atendimento multidisciplinar, Sherman *et al.* (2000) ressaltaram que as equipes formadas dessa maneira promovem maior satisfação e adesão a tratamentos, informações e percepção de assistência. As opções de tratamento tendem a ser discutidas de maneira mais diversificada e sob diversos pontos de participação clínica. Isso, conforme Yadav (2015), corrobora para um plano de tratamento mais efetivo e pessoalizado, com maior acerto e precisão aos quadros do paciente.

Quanto à correlação significativa entre as variáveis consideradas neste estudo e o EORTC QLQ-C30, foi ressaltado que a presença de prole e fadiga representam. Bampi *et al.* (2013) relatam que a percepção da QV decorre de uma visão de vida de forma satisfatória e ainda, dentro dos construtos sociais, sobretudo entre indivíduos com idades a partir de 40 anos, a estrutura familiar representa uma base de estabilidade que se sustenta, em principal, com o desenvolvimento da prole.

Os filhos, para parte significativa do grupo pesquisado, motivam o desempenho estrutural das funções cotidianas. Dessa forma, a prole envolve maior motivação nesta variável por uma relação de impulso / motivação frequente. Os filhos de pais adoecidos apresentam papel social do suporte, que pode ser dado dentro ou fora do hospital, o que traz uma percepção maior de conforto e apoio, bem como divisão cotidiana de demandas – vinculando-se diretamente à menor indicação de fadiga.

Foi evidenciada ainda uma correlação negativa entre renda e função cognitiva. A associação ao decréscimo de renda a uma menor função cognitiva pode se associar ao fato de que a capacidade da cognição é parte fundamental dos construtos da QV geral (CHEPP, 2006). Contudo, seu desenvolvimento é vinculado ao seu desenvolvimento ou fortalecimento. Quando há menor renda, há maior contingência. Não é raro que restrições dessa natureza ocorram junto ao menor nível instrucional/escolarização, em uma barreira correlacional.

Chaves e Mendes (2013) afirmam que, antes das cirurgias, a capacidade de recepção dos pacientes de informações gerais e orientações sobre a sua condição quase sempre é baixa, pelas tensões do momento. A construção dessa receptividade é gradativa e maior após a cirurgia, conforme a habilidade individual e os programas de intervenção do espaço de

tratamento. Assim, é possível que a dificuldade cognitiva esteja presente entre indivíduos que transicionam entre os momentos recentes cirúrgicos e o processo informacional.

Ainda conforme Chaves e Mendes (2013), antes das cirurgias é muito difícil que haja ambiente propício para maiores elucidações e explicações sobre a doença, o que torna o atendimento psicológico fundamental a estes pacientes – inclusive para uma ponte de informação e contato com a realidade da doença. A adaptação é mais difícil entre pacientes que não sentem desconfortos representativos na identificação da doença, o que leva a um enfoque centralizado na condição e recusa a considerar os possíveis problemas futuros ou consequências do tratamento ou doença.

Contudo, essa condição se comunica de forma negativa à qualidade do *coping*. Moos e Billings (1983) relataram que a eficácia do *coping* decorre inclusive da capacidade presente na cognição para a escolha das melhores alternativas de enfrentamento. Há, com isso, maior risco de *coping* negativo.

Por ser dessa forma, o *coping* é mediado por esforços que envolvem a cognição e o comportamento para que as ameaças ou situações problemáticas possam ser trabalhadas, minoradas, erradicadas ou, pelo menos, tolerada. A constituição do *coping* toma parte de recursos internos e/ou externos, na suficiente medida de retorno esperado para a mediação pretendida. Nem sempre há eficácia, mas quando há, o indivíduo encontra aporte à demanda estressante ou problemática vivenciada.

Sobre a presença de acompanhantes e os domínios que são atingidos no EORTC QLQ-C30, a presença ou ausência dos cuidadores é a dimensão legal para crianças e maiores de 65 anos. No HCAA, conforme pesquisa *in loco*, se o paciente tem necessidade, mesmo que não esteja nestas faixas, é admitido o cuidador – até para o melhor fluxo de atendimento.

A vulnerabilidade dos indivíduos com presença de cuidadores é mais acentuada, por sua menor Função Física, Emocional e Social. O cuidador dá suporte a estas fragilidades. No caso do CCP, a presença do cuidador deve ser vista com especial atenção às dinâmicas psicossociais dessa presença.

Conforme Gilbert (2014), ao menos nos primeiros momentos, o próprio paciente pode sentir restrições ao cuidador, pela comum culpabilização que é repassada ao sujeito pela doença. Como é quase sempre um processo de longo cuidado, a presença do cuidador pode,

conforme Badr *et al.* (2014), se estender para além do hospital, sendo associada a forte fadiga e vinculação, com baixo suporte social a quem cuida. Por ser assim, a presença hospitalar do cuidador, dessa forma, tende a ser reduzida aos casos de necessidade ou de indispensabilidade.

Quanto aos aspectos significativos relacionados aos domínios do EORTC QLQ-C30 e a disfagia, esta pesquisa evidenciou que a condição é associada a maior comprometimento conjunto, em conformidade à literatura. A disfagia é associada à maioria dos problemas que envolvem sofrimento e desadaptação (Leitão, Duarte e Bettega, 2013) e afeta funções cotidianas e necessidades gerais dos indivíduos, como a comunicação e a sua interação com os pares (NEVILLE, 2016).

A alimentação e o sentimento de prazer comum neste ato são atingidos diretamente pela disfagia (Testoni *et al.*, 2013), com restrições às condições próprias ao momento de preparo quanto e mesmo ingestão dos alimentos (Alshadwi *et al.*, 2013; Stout *et al.*, 2013), o que pode levar a uma série de problemas alimentares e dificuldades nutricionais que implicam na saúde e QV dos indivíduos. Dessa forma, a função física e a função social e seu impacto significativo podem ser compreendidas de forma ampla.

Pesa ainda na função social o reconhecimento dado por Ganzer *et al.* (2015) de que a disfagia leva o paciente de CCP ao temor constante de sobrecarga de cuidadores ou de situações desconfortáveis aos grupos sociais, tanto por demandas próprias alimentares ou restrições de comunicação. Na percepção de uma insuficiente capacidade de adequação social, o isolamento tende a ser um prejuízo recorrente à QV destes indivíduos.

Lang *et al.* (2013) frisa que o isolamento é uma forma de *coping* negativo para tentar minorar a ansiedade e o temor de rejeição que as condições pós-cirúrgicas podem acarretar ao convívio social. Por ter essas repercussões tão sistêmicas (que envolvem nutrição, interação, ansiedade, suficiência alimentar e correlatos) a maior fadiga percebida entre os sujeitos que apresentam disfagia é também uma expectativa de decréscimo da QVRS, como confirmado nesta pesquisa.

Quanto à disfonia e sua relação ao EORTC QLQ-C30, os resultados foram ligados ao reposicionamento social e profissional. A dificuldade de uma fala efetiva representa uma das principais limitações aos pacientes de CCP, de forma que Ward e Van As-Brooks (2014)

pontua a comum irreversibilidade ao quadro anterior funcional após uma cirurgia ou vivência de CCP.

Nesse sentido, a fadiga e sua percepção são acentuadas pelo impacto da inefetividade comunicativa, bem como pela desmotivação que a condição de afastamento de uma total recuperação com frequência se afigura ao sujeito com CCP.

Pelos mesmos fatores que foram descritos por Ward e Van As-Brooks (2014), a reinserção profissional e o *status* econômico do indivíduo, com sua autonomia e independência, com frequência são atingidos pelos impactos de recuperação ou perenes do CCP, de forma que acarretam dificuldades financeiras e justificam a percepção mais acentuada das mesmas.

Os impactos do encaminhamento do paciente de CCP ao nutricionista frente aos domínios de EORTC QLQ-C30 evidenciaram que as dificuldades alimentares são comuns ao pós-cirúrgico de curto, médio e longo prazo do CCP, contudo, as dificuldades alimentares podem decorrer de um fundo multidimensional, em que por fatores objetivos e subjetivos os indivíduos podem vir a ter problemas nutricionais e maior fragilização.

Entre os pacientes encaminhados à recepção deste serviço há menor percepção geral de saúde e dificuldades que causam problemas em conciliar o sono. A esse respeito, Lang *et al.* (2013) mencionam que os problemas recorrentes de socialização funcionalidade acompanham com frequência os pacientes de CCP e que depressão, tensões e ansiedades são condições frequentes em seu meio.

A menor percepção de saúde e fruição de vida decorrem de fatores diversos, como apontado por Lartigal *et al.* (2013), a exemplo de dores e questões subjetivas que levam à ansiedade e menor receptividade alimentar de forma consequente. Há na cirurgia de CCP subjetividades que envolvem luto, perdas e reconstituições complexas ao indivíduo (Callahan, 2005) e o sono e a alimentação tendem a serem os canais de mais facilitada expressão tensional, sofrendo o prejuízo qualitativo.

O suporte dado pelo atendimento nutricional, dessa forma, procura mediar essas vazões, que também pode ter aspectos objetivos e estes não estão descartados. Palmieri, Bird e Simcock (2013) ressaltam que o pós cirúrgico desse tipo de câncer tem, como fator objetivo,

uma natural dificuldade alimentar que pode conduzir à necessidade de suporte nutricional para melhores resultados.

Nos testes de correlação significativos entre as variáveis e o EORTC QLQ – H&N35, foi obtido que, a exemplo do que ocorreu na disfagia, a idade se mostrou um construto multifatorial de problemas ou dificuldades relacionadas à QVRS no CCP. Os aspectos nutricionais e alimentares foram os principais citados. Sobre isso, já foram correlacionadas anteriormente as diversas razões que esgotam ou empobrecem o padrão nutricional destes pacientes, em fatores objetivos e subjetivos (CALLAHAN, 2005; LANG *et al.*, 2013; PALMIERI; BIRD; SIMCOCK, 2013).

A própria cirurgia e as tensões que envolvem o tratamento ou limitações funcionais, de forma objetiva ou subjetiva, causam barreiras à alimentação que são acentuadas pela idade – que traz maior vulnerabilidade psicossocial, física e fisiológica.

Os problemas de restrição social seguem os padrões gerais que conduzem os indivíduos ao isolamento, quer pelas dificuldades de reconhecimento e aceitação de sua autoimagem e nova condição pós-cirúrgica. Isto ocorre tanto pela dificuldade que o pacientes encontram em lidar com desconforto ou situações negativas aos pares de convívio quanto pela experimentação de situações limitadoras, como colocado por Ganzer *et al.* (2015) e Lang *et al.* (2013).

Nos testes *t-student* realizados que se mostraram significativos entre o sexo do paciente e os domínios do EORTC QLQ – H&N35, foi constatada nesta pesquisa a aproximação ao reportado por Costa *et al.* (2014), de que a mulheres tendem a ser mais resilientes às imitações gerais representativas do CCP, mas que isso não significa menor sofrimento.

A vulnerabilidade feminina aparentemente é expressa em outros momentos ou canais distintos, como descrito por Palmieri, Bird e Simcock (2013), quando observou que elas tendem a ter maiores problemas depressivos no início do tratamento (na preparação resiliente, podendo superar essa condição depois, como aparentemente se mostrou nesta pesquisa).

Como relatado por Santos e Silva (2016), mesmo as mulheres tenham maior proximidade a estratégias de suporte à superação, que tendem a reduzir a pressão psicológica,

como a religião ou espiritualidade, permanecem como o público de risco mais elevado de expressão de transtornos mentais na presença de CCP.

Nesta pesquisa, homens remeteram maior perda de massa muscular e geral de peso, com uso de suplementos mais acentuado, assim como problemas relacionados à alimentação (como uso de tubo). Com isso, houve um alinhamento a exposição de Costa *et al.* (2014) sobre a resiliência feminina – já que não há distinções claras de impacto entre os gêneros e as experiências são relativamente similares, mas percebidas de forma mais latente pelos homens, provavelmente pelo decréscimo da aparência viril ou força, o que tem um impacto social representativo.

Já os testes realizados em correlação ao estado civil dos pacientes e os domínios de EORTC QLQ – H&N35, o casamento pressupõe a presença ou suporte de parceiro, com possível presença de prole e articulação de rede familiar. Sherman *et al.* (2000) assente que esse quadro é favorável à maior suporte para a superação dos problemas decorrentes do CCP e de suas restrições, no que pode ser incluída a alimentação social e os problemas de deglutição, com a presunção do apoio cuidador doméstico.

Quanto a cidade de residência do paciente e os domínios do EORTC QLQ – H&N35, foram identificadas duas possibilidades. A primeira ressaltou a importância dos espaços de cuidado e suporte aos cuidadores, dadas pela casa de apoio do HCAA, com estrutura para o desenvolvimento de cuidado ativo também aos cuidadores. A segunda evidenciou a possibilidade de que as rotinas de locomoção, cuidado, tensões e limitações relacionadas à doenças sejam mais acentuadamente sentidos no ambiente direto do convívio do local de moradia e círculo familiar, com maior impacto à subjetividade ou impeditivos objetivos representativos à uma alimentação suficiente, como é possível extrair de Ganzer *et al.* (2015) e Lang *et al.* (2013).

Na investigação entre a necessidade do paciente por acompanhante e os efeitos disto frente aos domínios do EORTC QLQ – H&N35, esta pesquisa mostrou que, comprovada a necessidade do paciente, o HCAA admite a presença desse indivíduo no interesse de um cuidado positivo na ausência da obrigação legal de acompanhar. Mas o acompanhante foi associado à menor competência geral do indivíduo ou aspectos legais, e sua presença é acompanhada de avaliação e suporte psicossocial, bem como a natureza de suas ações, a fim de que não sejam fatores de contenção ou restrição aos pacientes (Gilbert, 2014) e que tenham

efetividade em seu cuidar para a condição específica do CCP, que é altamente demandante, como observado por Badr *et al.* (2014).

Quanto à recepção de tratamentos adicionais e os impactos disto frente ao EORTC QLQ – H&N35, a cirurgia se apresentou como procedimento comum ao tratamento do CCP e os problemas na fala como eventos mais comuns. Gobbo *et al.* (2016), por exemplo, afirma que o impacto dessa cirurgia na fala do indivíduo pode ser severo, com repercussões na reinserção social e profissional, embora também possa haver alguma mediação positiva a partir de equipes de reabilitação multidisciplinares com fonoaudiologia, por exemplo.

Quanto a perda de peso, os fatores de causa e repercussão se encontram amplamente discutidos nos itens anteriores, concentrados sobre a soma dos fatores objetivos e subjetivos que formam contingências físicas, fisiológicas e psicológicas à uma alimentação suficiente às demandas do indivíduo.

Nos testes a respeito da influência da presença de disfagia e os domínios do EORTC QLQ – H&N35, o plural impacto da disfagia é de expectativa na literatura e se justifica pela retração social e comportamental que acarreta ao paciente, com dificuldades de reenquadramento social e inserção nos espaços, eventos e hábitos em que antes o indivíduo se inseria (LEITÃO; DUARTE; BETTEGA, 2013; NEVILLE, 2016; TESTONI *et al.*, 2013).

As dificuldades de adaptação à prática e mesmo ao paladar que pode ser alterado afetam a relação do indivíduo com seu meio e seus pares (ALSHADWI *et al.*, 2013; STOUT *et al.*, 2013). Por serem dessa forma, os impactos físicos e sociais que envolvem a disfagia são intensos e de representativa interferência, pois tendem a reduzir a integração com o meio e a promover menor eficácia de enfrentamento pelo indivíduo (GANZER *et al.*, 2015; LANG *et al.*, 2013).

Quanto aos impactos da presença de disfonia e os domínios do EORTC QLQ – H&N35, o impacto, no entanto, tem relação especial com o apresentado por Ward e Van As-Brooks (2014), quando afirmam que a presença da disfonia é uma condição que reduz as chances de recuperação do estado anterior do indivíduo quanto a trabalho e vida social, sendo uma sequela que pode ser permanente em prejuízo relacionada ao CCP.

Na avaliação se o paciente recebe atendimento nutricional e os impactos frente aos domínios do EORTC QLQ – H&N35, foi mostrado que, entre o grupo apresentado, os

aspectos de QVRS associados a uma maior fragilidade alimentar foram também relacionados à oferta do atendimento nutricional pelo HCAA. São indivíduos que reportam maior perda de peso, uso de recursos alimentares e suplementos para manter a suficiência da ingestão.

Assim, o uso desse suporte multidisciplinar se mostrou vinculado à necessidade de comprometimentos efetivos vinculados à QVRS e que, conforme Lang *et al.* (2013), se referem quase sempre aos processos adaptativos ou desadaptativos do indivíduo que replicam no perfil alimentar e que são associados às objetividades e subjetividades intensas do CCP.

É possível que fatores como idade e drasticidade das limitações trazidas pela cirurgia possam reduzir a viabilidade e efetividade alimentar, como observado por Palmieri, Bird e Simcock (2013).

Quanto aos fatores que se mostraram correlacionados de forma significativa entre as variáveis e ECBM, a idade foi correlacionada de forma negativa nesta pesquisa a um *coping* comportamental com enfoque no problema. Essa condição pode ser explicada a partir de Chaves e Mendes (2013), quando comentam que esse tipo de foco no problema é algo comum de indivíduos mais jovens e, como o público do CCP não tende a ser predominantemente dessa faixa etária, é coerente à literatura essa correlação negativa.

Já a quantidade de filhos e renda compartilham em comum o foco na emoção, e isso pode ser compreendido a partir de Lazarus e Folkman (1984), quando afirmam que nesses casos, quando filhos e finanças se envolvem no problema, a questão central seja diluída para dar vazão ao suprimento e mediação desses dois elementos em primeiro plano. Assim, é de expectativa e coerência à literatura que haja mobilização para a resolução dos sentimentos que cercam o problema, o que também demanda, para salubridade do processo, maior suporte social.

Nas situações de composição dupla de *coping* apresentadas, foi adotado o enfoque comportamental que, conforme Billings e Moos (1981) mobiliza a ação, o comportamento para a debelação da tensão ou estresse.

Os fatores significativos referentes ao sexo do paciente e ECBM, em maioria, foi evidenciado que as mulheres adotam a dimensão de modelagem do comportamento com foco no problema para o enfrentamento do CCP, o que é um fator de maior efetividade na mediação estressora, uma vez que tende a causar resoluções de maior e mais rápido impacto.

Os homens tiveram uma parcela representativamente menor dessa adoção, embora superior à 50%, indicando boa penetração do padrão atitudinal na parcela de público investigada.

Em uma discussão aos resultados significativos entre o encaminhamento psicológico e ECBM, assim como o encaminhamento nutricional e este mesmo fator, Ray, Lindop e Gibson (1982) lecionam que tanto razão quanto emoção se mostram importantes para o *coping*, conforme adequação ao momento.

Mas há uma desvalorização significativa do papel da abordagem emocional para a mitigação de problemas, de forma que a assistência psicológica apoia a adesão desse tipo de medida, facilitando a adesão entre os pacientes que recebem essa intervenção como medida norteadora de seu *coping*. Isso representa que são medidas que podem mobilização a cognição e o comportamento para a resolução das desordens emocionais, como frisado por Billings e Moos (1981), mediando os principais conflitos que envolvem o CCP, que são de ordem objetiva.

Nesse mesmo sentido, corroboraram, por fim, Lazarus e Folkman (1984), quando afirmaram que esse tipo de *coping* é produtivo a questões de alta subjetividade, uma vez que focalizam na homeostase do conjunto que cerca o problema e isso atribui, em muitos casos, uma rede de assistência e mobilização pessoal mais positivos ao momento do CCP.

As correlações apresentadas entre *coping* e os instrumentos apresentados mostram que os eventos usuais do tratamento e da própria doença são potenciais ao sofrimento e as estratégias de superação terminam constituídas se há um repertório suficiente de resiliência, suporte emocional e capacidade de integração das potencialidades presentes.

Na pesquisa, foram identificados diversos achados que evidenciam os impactos do CCP nos pacientes e suas respostas adaptativas, assim, aqui encontram-se descritos aspectos físicos e relacionados ao tratamento que, indiretamente, remetem à constituição e vivência psicológica do sujeito nesta experiência. Consequentemente, cada achado aqui reportado se correlaciona aos parágrafos finais, em que o *coping* é especificamente tratado a partir de seu detalhamento.

O primeiro aspecto reside no fato de que a presença de filhos é um fator positivo para que seja mantido o construto do desempenho de papel na QVRS, possibilitando a manutenção de funções cotidianas importantes e a responsividade de integração funcional. Como a prole entre pacientes adultos comumente a partir da meia-idade tende a ser também já desenvolvida e relativamente autônoma, este é um fator também que ameniza a expressão de fadiga e permite uma melhor mediação de tarefas dentro e fora do espaço hospitalar.

Segundo, contudo, a menor presença de renda é correlacionada significativamente à menor função cognitiva e, consequentemente, menor QV. No entanto, a função cognitiva pode ser melhorada a partir de ações de informação e posicionamento crítico-ativo do paciente em seu tratamento, possibilitando maior aproximação, informação e conhecimento dos estágios e possibilidades admitidas à sua abordagem clínica ou condições de expectativa ao seu quadro de acompanhamento pós-cirúrgico.

É comum que dentre os comprometimentos relacionados à QVRS estejam problemas em consolidação da função física, emocional e social que, quando ocorrem tornam o paciente mais sujeito à necessidade ou recepção de acompanhante, a fim de maior suporte de cuidado geral. Esses decréscimos funcionais e subjetivos na QVRS tendem a expor o indivíduo à menor competência de autocuidado ou a se manifestarem em sujeitos que, conciliante à idade, agravam suas sujeições – de forma que grupos acompanhados tendem a ter esse conjunto de menor funcionalidade exposto.

Terceiro, em relação aos impactos, a disfagia se apresentou um dos principais problemas coligados à QVRS, uma vez que trouxe complicações em diversos campos identificados, como a função física, social e fadiga, com alta perspectiva de isolamento social e dificuldades de integração coletiva do indivíduo que a apresenta. Mesmo a fadiga decorrente desse fator tende, em grande parte de seus aspectos, a ter correlações subjetivas ou objetivas

com as tensões e esforços que são empreendidos para tarefas básicas desses indivíduos, como se alimentar, respirar adequadamente e se comunicar.

Um quarto achado foi que a disfonia foi reconhecida como uma condição representativa de decréscimo à QVRS entre os sujeitos pesquisados, de forma que se mostra relacionada à fadiga, também pela indisposição de comunicação e respiração que acarreta, mas também a dificuldades financeiras. A disfonia, como altera a força e tom da voz, com enfraquecimento ou distorção, tende a ser uma barreira representativa à reinserção profissional e social do sujeito e, por ser dessa forma, de impacto significativo.

O CCP tende a causar condições frequentes de menor percepção do estado geral de saúde e QV, bem como de insônia. Esses fatores são também relacionados à necessidade de encaminhamento nutricional, a fim da abordagem sistêmica das razões de sua apresentação e suporte ao paciente a fim de que possa ter uma homeostase mínima de suas condições gerais. O suporte nutricional atua na orientação alimentar a fim de que haja o suprimento, a frequência e a adequação de nutrientes aos casos específicos, o que reduz eventos como fadiga, problemas de memória, mal-estar e alterações do sono.

Em relação específica à QVRS no CCP, a pesquisa evidenciou que a idade é um fator determinante para a acentuação de problemas associados à nutrição e ingestão de alimentos, sobretudo no aspecto social e perda de peso. Os filhos, de forma específica ao CCP, são correlacionados a menores gatilhos de dor e a renda, de forma positiva (crescente) é relacionada à menor função sexual na doença. A presença da disfagia reduz a satisfação e suficiência nutricional no CCP, com reduções vinculadas a razões objetivas e subjetivas que devem ser investigadas de forma isolada.

A sexta observação foi a de que a presença do CCP eleva o consumo de suplementos nutricionais, incide na comum necessidade de alimentação por tubo e na perda de peso, fatores que afetam a QVRS de maneira específica e significativa nesse tipo de patologia. Contudo, as mulheres replicam impactos ou percepções inferiores em intensidade e identificação aos homens, em um mecanismo não muito bem estabelecido de maior resistência em médio e longo prazo e maior vulnerabilidade imediata aos efeitos psicossociais do CCP. Isso ocorre não por ausência de sofrimento ou demanda adaptativa, mas pela estruturação de estratégias de fundo emocional que tendem a oferecer, geralmente a partir do médio e longo prazo, maior segurança pessoal estrutural para a compreensão da condição.

Os problemas de deglutição e relacionados à alimentação social são correlacionados ao CCP, contudo, menos reportados ou percebidos como limitadores à QVRS pelos indivíduos casados. É possível que o suporte social obtido pelo relacionamento minore ou apoie na superação desse fator, alterando a sua percepção ou intensidade de menção. O CCP gera uma série de fatores de tensão de insegurança nos indivíduos, de forma que a manifestação de problemas alimentares, com a consequente perda de peso, é uma realidade recorrente da QVRS no CCP. A mediação e a oferta de um suporte multiprofissional para o tratamento da complexa rede dos transtornos, comportamentos e limitações alimentares é fundamental à melhoria das condições de vida e integração social dos sujeitos com CCP.

No CCP, o contato social e a autopercepção como não saudável são fatores frequentes que afetam especificamente a QVRS. Quanto mais intensa tende a ser apresentação das restrições sociais e dessa percepção de doença, maior é a incidência da necessidade de acompanhante nos períodos hospitalares, em um sinalizador de dependência e restrição funcional e geral do indivíduo.

Embora a cirurgia seja em maioria o procedimento determinante para a resolução da condição oncológica, o quadro de CCP pode precisar de tratamento continuado para a sua debelação. Entre os indivíduos que apresentaram a continuidade, nesta pesquisa, do tratamento, houve alta incidência de problemas na fala e perda de peso, que indicam a possível margem tumoral mantida e seus danos, recidiva ou metástase. Assim, há um decréscimo mais representativo da função comunicacional e da autoimagem nos casos de CCP de tratamento multidisciplinar.

De forma específica ao CCP, a disfagia se mostrou um ponto central de problemas relacionados à QVRS, com associação a problemas de deglutição, sensoriais, de alimentação social, de contato social, xerostomia, autopercepção como doente e perda de peso. Os maiores impactos trazidos por essa condição envolvem o desconforto oral pela secura da mucosa da boca e os problemas relacionados à deglutição e alimentação social, que são fatores importantes de exclusão social, sobretudo pela halitose e dificuldades de reenquadramento aos meios sociais.

De uma forma menos intensa, a disfonia é associada ao CCP de forma determinante com uma barreira comunicação de alto impacto na reinserção e dinâmicas sociais do indivíduo. A necessidade de consumo de suplementos nutricionais, a alimentação por tubo e a

perda de peso são fatores específicos de restrição à QVRS presentes no CCP e que indicam a necessidade de orientação nutricional, a fim da mediação dos fatores de risco dessas variáveis e da orientação para os gatilhos de sua expressão.

Foi identificado que as decisões gerais variam conforme critérios próprios da amostra, sobretudo idade e condições sociais, econômicas e estruturais dos núcleos familiares.

Em uma sétima percepção, quanto maior a idade menor a adesão às estratégias de *coping* orientadas ao problema. Igualmente, há uma orientação de mobilização de comportamento e emoção a questões de renda e prole, o que mobiliza maior efetividade de transformação nos enfrentamentos adotados.

Um oitavo achado foi o de que, de um modo geral, não considerando prole como corte, o *coping* comportamental com enfoque no problema se mostrou de maior adesão pelas mulheres no CCP, em busca de uma mediação mais ágil dos fatores estressores e como provável fator de melhor capacidade de transposição estressora atribuída ao sexo feminino pela literatura.

A recepção de atendimento psicológico, contudo, amplia o uso do enfoque à emoção, que é considerado positivo nos casos do CCP, sobretudo pela frequente condição em que a mobilização racional não pode efetivar mudanças e é necessário mobilizar recursos internos a um melhor enfrentamento. No entanto, o envolvimento emocional deve ser mediado pelos níveis de salubridade, a fim de evitar a extrapolação para comportamentos mediados pela subjetividade e seus impulsos, como por exemplo, a maior necessidade de suporte nutricional pelo acometimento da qualidade e suficiência da alimentação por gatilhos subjetivos que levam à anorexia.

Assim, o *coping* no CCP, de forma ideal, conforme os resultados obtidos nesta pesquisa deve ser mediado a partir da junção de emoção e foco no problema, de forma a possibilitar ao indivíduo acionar os mecanismos internos que respondam às diversas demandas que surgem no tratamento desta doença, em especial após a realização de uma cirurgia em que sequelas são determinantes. É orientado que, nestas premissas, a abordagem destes pacientes seja respaldada no estímulo ao desenvolvimento deste tipo de *coping*, a fim de melhores resultados gerais conforme o quadro destes pacientes específicos, com melhores respostas adaptativas.

Sugere-se que, para maior aprofundamento dos resultados, seja realizado estudo de acompanhamento mais extensivo, como no primeiro mês e primeiro ano pós-cirurgia, para a consolidação destas estratégias em curto, médio e longo prazo ou identificação de posições distintas no avanço do período pós-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

AARSTAD, H. J. et al. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. **Acta Oto-laryngologica**, v. 125, n. 5, p. 557-565, 2005.

ALIBERT, C.; GOUD, B.; MANNEVILLE, J.-B. Are cancer cells really softer than normal cells?. **Biology of the Cell**, v. 109, n. 5, p. 167-189, 2017.

ALMEIDA, A. F. et al. Qualidade de vida das pessoas acometidas por câncer no trato aero digestivo superior em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 229-37, 2013.

ALSHADWI, A. et al. Nutritional considerations for head and neck cancer patients: a review of the literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 71, n. 11, p. 1853-1860, 2013.

AMAR, A. et al. Epidemiological assessment and therapeutic response in hypopharyngeal cancer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 4, p. 500-504, 2013.

ANDREOTTI, C. et al. Cancer, coping, and cognition: a model for the role of stress reactivity in cancer-related cognitive decline. **Psycho-Oncology**, v. 24, n. 6, p. 617-623, 2015.

ARTIKA, I. M. et al. Anticancer activity test of ethyl acetate extract of endophytic fungi isolated from soursop leaf (*Annona muricata* L.). **Asian Pacific journal of tropical medicine**, v. 10, n. 6, p. 566-571, 2017.

AUERBACH, Stephen M. Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 57, n. 3, p. 388, 1989.

BADR, H. et al. Psychological distress in patients and caregivers over the course of radiotherapy for head and neck cancer. **Oral Oncology**, v. 50, n. 10, p. 1005-1011, 2014.

BADR, H.; KREBS, P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 8, p. 1688-1704, 2013.

BAMPI, L. N. S. et al. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 125-132, 2013.

BAXI, S. S. et al. Causes of death in long-term survivors of head and neck cancer. **Cancer**, v. 120, n. 10, p. 1507-1513, 2014.

BELLOU, S. et al. Anti-angiogenesis in cancer therapy: Hercules and hydra. **Cancer Letters**, v. 338, n. 2, p. 219-228, 2013.

BENNION, A. E.; MOLASSIOTIS, A. Qualitative research into the symptom experiences of adult cancer patients after treatments: a systematic review and meta-synthesis. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 1, p. 9-25, 2013.

BID, H. K. et al. RAC1: an emerging therapeutic option for targeting cancer angiogenesis and metastasis. **Molecular Cancer Therapeutics**, v. 12, n. 10, p. 1925-1934, 2013.

BILLINGS, A. G.; MOOS, R. H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 4, n. 2, p. 139-157, 1981.

BINDER, M. et al. On the antiquity of cancer: Evidence for metastatic carcinoma in a young man from Ancient Nubia (c. 1200BC). **PloS one**, v. 9, n. 3, p. e90924, 2014.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. **Radiologia Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 67-73, 2014.

BLANCO-AGUILERA, A. et al. Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia BUCAL**, v. 19, n. 2, p. e127, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CALLAHAN, C. Facial disfigurement and sense of self in head and neck cancer. **Social work in health care**, v. 40, n. 2, p. 73-87, 2005.

CAMPANA, I. G.; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**, p. 20-31, 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232, 2014.

CHAVES, B. L.; MENDES, T. N. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 25-51, 2013.

CHAVES, B. L.; MENDES, T. N. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 25-51, 2013.

CHEN, C. et al. Triplet combination with paclitaxel, cisplatin and 5-FU is effective in metastatic and/or recurrent nasopharyngeal carcinoma. **Cancer Chemotherapy and Pharmacology**, v. 71, n. 2, p. 371-378, 2013.

CHEN, D. S.; MELLMAN, I. Oncology meets immunology: the cancer-immunity cycle. **Immunity**, v. 39, n. 1, p. 1-10, 2013.

CHEPP, C. C. **Estudo transversal da qualidade de vida através da escala whoqol-bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis**. Criciúma: Editora Unesc, 2006.

CHONE, C. T. Changing paradigms in treatment of larynx cancer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 80, n. 2, p. 96-97, 2014.

COHEN, E. E. W et al. American Cancer Society head and neck cancer survivorship care guideline. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 66, n. 3, p. 203-239, 2016.

COHEN, M. H. et al. Approval summary: Cetuximab in combination with cisplatin or carboplatin and 5-fluorouracil for the first-line treatment of patients with recurrent locoregional or metastatic squamous cell head and neck cancer. **The Oncologist**, v. 18, n. 4, p. 460-466, 2013.

CORDEIRO, A. C.; STABENOW, E. Câncer de cabeça e pescoço. _____. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 82-91.

COSTA, E. F. et al. A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. **Special Care in Dentistry**, v. 34, n. 3, p. 114-121, 2014.

COX, C.; ZUMSTEIN-SHAHA, M. **A theory of cancer care in healthcare settings**. London: Routledge, 2017.

DEMIAN, N. M. et al. Oral surgery in patients undergoing chemoradiation therapy. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, v. 26, n. 2, p. 193-207, 2014.

DEVLIN, N. J. et al. Valuing health-related quality of life: An EQ-5 D-5 L value set for England. **Health Economics**, v. 27, n. 1, p. 7-22, 2018.

DORSEY, K.; AGULNIK, M. Promising new molecular targeted therapies in head and neck cancer. **Drugs**, v. 73, n. 4, p. 315-325, 2013.

DROPKIN, M. J. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. **Cancer Practice**, v. 7, n. 6, p. 309-313, 1999.

EVANS, P. H. R.; MONTGOMERY, P. Q.; GULLANE, P. J. **Principles and practice of head and neck surgery and oncology**. New York: CRC Press, 2014.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando Famílias**, v. 17, n. 2, p. 111-129, 2013.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. New York: John Wiley & Sons, 2013.

FERNANDES, J. A.; PINHAL JUNIOR, P. Técnicas utilizadas em radioterapia. **Unilus Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 246, 2016.

FERRIS, R. L. et al. Nivolumab for recurrent squamous-cell carcinoma of the head and neck. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 19, p. 1856-1867, 2016.

FLECK, M. P de A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, -. 19-28, 1999.

GALBIATTI, A. L. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 239-247, 2013.

GANZER, H. et al. The eating experience after treatment for head and neck cancer: a review of the literature. **Oral oncology**, v. 51, n. 7, p. 634-642, 2015.

GIGER, M. L.; KARSSEMEIJER, N.; SCHNABEL, J. A. Breast image analysis for risk assessment, detection, diagnosis, and treatment of cancer. **Annual Review of Biomedical Engineering**, v. 15, p. 327-357, 2013.

GILBERT, P. Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In: VEALE, D.; GILBERT, P. **Body Shame**: London: Routledge, 2014. p. 17-68.

GILREATH, J. A.; STENEHJEM, D. D.; RODGERS, G. M. Diagnosis and treatment of cancer-related anemia. **American Journal of Hematology**, v. 89, n. 2, p. 203-212, 2014.

GOBBO, M. et al. Características terapêuticas e diagnósticas associadas a modificações nos resultados da qualidade de vida entre um e seis meses após cirurgia de grande porte para câncer de cabeça e pescoço. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 82, n. 5, p. 548-557, 2016.

GOLDBLUM, J. R.; WEISS, S. W.; FOLPE, A. L. **Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors E-Book**. London: Elsevier Health Sciences, 2013.

GONÇALVES, L. de O. et al. Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. **Revista da SPAGESP**, v. 16, n. 1, p. 107-121, 2015.

HADDAD, R. et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomised phase 3 trial. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 3, p. 257-264, 2013.

HAMPEL, H. et al. A practice guideline from the American College of Medical Genetics and Genomics and the National Society of Genetic Counselors: referral indications for cancer predisposition assessment. **Genetics in Medicine**, v. 17, n. 1, p. 70-87, 2015.

HERMAN, P. et al. Surgical margin size in hepatic resections for colorectal metastasis: impact on recurrence and survival. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 26, n. 4, p. 309-314, 2013.

HEWITT, K. **Mutilating the body**: identity in blood and ink. New York: Popular Press, 1997.

HIDA, K. et al. Tumor angiogenesis—characteristics of tumor endothelial cells. **International Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 2, p. 206-212, 2016.

HINZ, A.; SINGER, S.; BRÄHLER, E. European reference values for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30: results of a German investigation and a summarizing analysis of six European general population normative studies. **Acta Oncologica**, v. 53, n. 7, p. 958-965, 2014.

HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO. HCAA. **Sobre o HCAA**. Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www.hospitaldocancercg.com.br/index.php>> Acesso em: 14 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Dia Nacional de Combate ao Câncer**. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 12 out. 2018.

IYAMA, T.; WILSON, D. M. DNA repair mechanisms in dividing and non-dividing cells. **DNA repair**, v. 12, n. 8, p. 620-636, 2013.

KALSI, P. S.; JAGTAP, S. **Pharmaceutical, medicinal and natural product chemistry**. New York: Alpha Science, 2013.

KEITH, R. L.; MILLER, Y. E. Lung cancer chemoprevention: current status and future prospects. **Nature Reviews Clinical Oncology**, v. 10, n. 6, p. 334, 2013.

LANG, H. et al. The psychological experience of living with head and neck cancer: a systematic review and meta-synthesis. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 12, p. 2648-2663, 2013.

LANGIUS, J. A. E. et al. More than 10% weight loss in head and neck cancer patients during radiotherapy is independently associated with deterioration in quality of life. **Nutrition and Cancer**, v. 65, n. 1, p. 76-83, 2013.

LARTIGAU, E. F. et al. Multi institutional phase II study of concomitant stereotactic reirradiation and cetuximab for recurrent head and neck cancer. **Radiotherapy and Oncology**, v. 109, n. 2, p. 281-285, 2013.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEBEL, S. et al. The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 1, p. 140-152, 2013.

LEEuw, I. V. et al. The course of health-related quality of life in head and neck cancer patients treated with chemoradiation: a prospective cohort study. **Radiotherapy and oncology**, v. 110, n. 3, p. 422-428, 2014.

LEITÃO, B. F. B.; DUARTE, Í. V.; BETTEGA, P. B. Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia:: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 113-140, 2013.

LINK, W. Anti-cancer Drugs: Discovery, Development and Therapy. In: MELO, R. A.; TAVARES, A.; MOUNTZIOS, G. **International Manual of Oncology Practice: Principles of Medical Oncology**. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. p. 81-94.

LITZENBURGER, B. C.; BROWN, P. H. Advances in preventive therapy for estrogen-receptor-negative breast cancer. **Current breast cancer reports**, v. 6, n. 2, p. 96-109, 2014.

LONDE, P. R. et al. A influência das áreas verdes na qualidade de vida urbana. **Hygeia**, v. 10, n. 18, p. 264-272, 2014.

MAJHAIL, N. S. et al. Indications for autologous and allogeneic hematopoietic cell transplantation: guidelines from the American Society for Blood and Marrow Transplantation. **Biology of Blood and Marrow Transplantation**, v. 21, n. 11, p. 1863-1869, 2015.

MALZYNER, A.; CAPONERO, R.. **Câncer e prevenção**. Belo Horizonte: MG Editores, 2013.

MELO FILHO, M. R. et al. Quality of life of patients with head and neck cancer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 1, p. 82-88, 2013.

MENDES, P. H. C. et al. Significado das sequelas faciais estéticas para indivíduos submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço. **Unimontes Científica**, v. 19, n. 1, p. 141-152, 2017.

MOSS, R.H.; BILLINGS, A. Conceptualizing and measuring coping resources and process. In: GOLDBERGER, L., BREZNITZ, S. **Handbook of stress: theoretical e clinical aspects**. New York, Free Press, 1983. p. 212-30

MURILLO, Y. A. et al. Health related quality of life in rheumatoid arthritis, osteoarthritis, diabetes mellitus, end stage renal disease and geriatric subjects. Experience from a General Hospital in Mexico. **Reumatología Clínica**, v. 11, n. 2, p. 68-72, 2015.

NASCIMENTO, F. S. M. A importância do acompanhamento nutricional no tratamento e na prevenção do câncer. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 2, n. 3, p. 11-24, 2015.

NEVILLE, B. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2016.

NORIEGA, V.; ÁNGEL, J. Adaptação da escala de coping de Billings e Moos (ECBM) para surdos: um estudo piloto. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, v. 21, n. 2, p. 478-501, 2018.

PALMIERI, B. N. et al. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 2-9, 2013.

PALMIERI, C.; BIRD, E.; SIMCOCK, R. **ABC of Cancer Care**. New York: John Wiley & Sons, 2013.

PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. São Paulo: Artmed Editora, 2013.

PAULA JÚNIOR, W.; ZANINI, D. S. Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 491-497, 2011.

PAULI, N. et al. The incidence of trismus and long-term impact on health-related quality of life in patients with head and neck cancer. **Acta Oncologica**, v. 52, n. 6, p. 1137-1145, 2013.

PAYAKACHAT, N.; OUNPRASEUTH, S.; SUEN, J. Y. Late complications and long-term quality of life for survivors (> 5 years) with history of head and neck cancer. **Head & Neck**, v. 35, n. 6, p. 819-825, 2013.

PEREIRA, É. F. et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PINTO, R. A. et al. Cirurgia paliativa. In: MARTINS, M. A. **Manual do residente de clínica médica**. São Paulo: Manole, 2015. p. 806-810.

RAHMAN, N. Mainstreaming genetic testing of cancer predisposition genes. **Clinical Medicine**, v. 14, n. 4, p. 436-439, 2014.

RAY, C.; LINDOP, J.; GIBSON, S. The Concept of Coping. **Psychological Medicine**, v. 198, n. 12, p. 385-395, 1982.

REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE CAMPO GRANDE – MS. RFCCCMS. **Sobre o HCAA**. Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www.hospitaldocancer.org.br/index.php>> Acesso em: 14 nov. 2018.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Oral pathology: clinical pathologic correlations**. New York: Elsevier Health Sciences, 2016.

REICH, M. et al. Best practices in the management of the psycho-oncologic aspects of head and neck cancer patients: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society Make Sense Campaign. **Annals of Oncology**, v. 25, n. 11, p. 2115-2124, 2014.

RELIC, A. et al. Investigating quality of life and coping resources after laryngectomy. **European Archives of Oto-rhino-laryngology**, v. 258, n. 10, p. 514-517, 2001.

RETTIG, E.; KIESS, A. P.; FAKHRY, C. The role of sexual behavior in head and neck cancer: implications for prevention and therapy. **Expert review of Anticancer Therapy**, v. 15, n. 1, p. 35-49, 2015.

ROSA, L. **O transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SALIMENA, A. M. O. et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 142-147, 2013.

SANTANA, V. S.; PERES, R. S. Perdas e ganhos: compreendendo as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama. **Aletheia**, n. 40, p. 31-42, 2013.

SANTOS, D. B. A.; LATTARO, R. C. C.; ALMEIDA, D. A. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, p. 72-84, 2016.

SANTOS, M. A. Cancer and suicide among the elderly: psychosocial determinants of risks, psychopathology and opportunities for prevention. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3061-3075, 2017.

SANTOS, N. A. R.; SANTOS, A. T. C.; SILVA, R. P. Estratégias de enfrentamento de enfermeiros no cuidado aos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 569-578, 2016.

SCHLEDER, L. P. et al. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2013.

SCHUMACHER, T. N.; SCHREIBER, R. D. Neoantigens in cancer immunotherapy. **Science**, v. 348, n. 6230, p. 69-74, 2015.

SHERMAN, A. C. et al. Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. **Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck**, v. 22, n. 8, p. 787-793, 2000.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2017. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 67, n. 1, p. 7-30, 2017.

SILVA, M. L. G. Princípios da radioterapia II: teleterapia. In: LOPES, A.; IYEYASU, H. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Lemar, 2013. p. 249-253.

SILVA, S. E. D. et al. Câncer—uma doença psicossocial: câncer no homem e a herança da cultura machista. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 606-616, 2014.

SIMÕES, M S. **O cancro**. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016.

SINGER, S. et al. Performance of the EORTC questionnaire for the assessment of quality of life in head and neck cancer patients EORTC QLQ-H&N35: a methodological review. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 8, p. 1927-1941, 2013.

SOUZA, F. R. N. et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à radioterapia para tratamento de lesões malignas de cabeça e pescoço. **Archives of Health Investigation**, v. 2, n. 5, 2013.

STOUT, Rebecca A. et al. Psychological Issues in Head and Neck Cancer. In: RADOSEVICH, J. **Head & Neck Cancer: current perspectives, advances and Challenges**. New York: Springer, Dordrecht, 2013. p. 751-800.

SUI, X. et al. Autophagy and chemotherapy resistance: a promising therapeutic target for cancer treatment. **Cell Death & disease**, v. 4, n. 10, p. e838, 2013.

TEICHROEW, J. K. **Chronic Diseases: An Encyclopedia of Causes, Effects, and Treatments**. New York: ABC-CLIO, 2016. v. 1.

TESTONI, R. I. et al. Qualidade de vida de pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: uma revisão integrativa. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, v. 47, p. 107-121, 2013.

TORRE, L. A. et al. Global cancer statistics, 2012. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 65, n. 2, p. 87-108, 2015.

TWYMAN-SAINT VICTOR, C. et al. Radiation and dual checkpoint blockade activate non-redundant immune mechanisms in cancer. **Nature**, v. 520, n. 7547, p. 373, 2015.

VAGETTI, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 955-969, 2013.

VIGNESWARAN, N.; WILLIAMS, M. D. Epidemiologic trends in head and neck cancer and aids in diagnosis. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, v. 26, n. 2, p. 123-141, 2014.

WALTONEN, J. D. Role of Surgery in Treatment of Head and Neck Cancer. In: RADOSEVICH, J. **Head & Neck Cancer: Current Perspectives, Advances, and Challenges**. New York: Springer, Dordrecht, 2013. p. 509-562.

WARD, E. C.; VAN AS-BROOKS, C. **Head and neck cancer: treatment, rehabilitation, and outcomes**. London: Plural Publishing, 2014.

WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. **Oral radiology-E-Book: Principles and interpretation**. Elsevier Health Sciences, 2014.

YADAV, S. K. Oral Cancer Care and Oromaxillofacial Surgery. **Journal of Nepal Health Research Council**, v. 13, n. 30, p. 169-174, 2015.

YOM, S. S. Radiation treatment of head and neck cancer. **Surgical Oncology Clinics**, v. 24, n. 3, p. 423-436, 2015.

YOUNG, E. W. K. Cells, tissues, and organs on chips: challenges and opportunities for the cancer tumor microenvironment. **Integrative Biology**, v. 5, n. 9, p. 1096-1109, 2013.

ZAMBONI, M. Câncer do Pulmão e DPOC. **Pulmão RJ**, v. 22, n. 2, p. 40-44, 2013.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)¹
--

1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO.

2. PESQUISADOR:

Nome: Anderson Borges de Carvalho.

CPF: 543373641-53 - RG: 493441 SSP/MS - Telefone: (67) 3361-4854/ (67) 99927-1514.

Endereço: Rua Peróba, 28, Bairro Coopatrabalho. Campo Grande/ MS.

3. ORIENTADOR:

Nome: Heloisa Bruna Grubits.

CPF: 583.232.951-15 - RG: 1056441 SSP/MS - Telefone: (67) 3312-3605.

Endereço: Rua Tamandaré, 6000, Jd. Seminário. Campo Grande, MS.

4. OBJETIVOS DA PESQUISA:

Avaliar a Qualidade de Vida relacionada à Saúde de pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de Cabeça e Pescoço, identificando as estratégias de Coping mais utilizadas no enfrentamento da doença.

5. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

A temática é relevante, pois a mesma contribuirá para a comunidade científica, visto que existe uma carência de pesquisa neste campo; e no aprimoramento do atendimento aos pacientes do Serviço de Cabeça e Pescoço, encaminhados para cirurgia.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Para a coleta de dados, os participantes serão informados dos objetivos da pesquisa e preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quatro instrumentos serão aplicados simultaneamente: o questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde; a Escala de *Coping* de Billings e Moos (ECBM); um questionário geral de avaliação da saúde de pacientes com câncer, o EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- core 30*) associado ao módulo específico

¹ O modelo do TCLE é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de se manifestar e apoiar ou não o que estiver sendo apresentado na proposta.

de Cabeça e Pescoço, o EORTC QLQ-H&N35 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Head and Neck cancer Module*), a pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de Cabeça e Pescoço. Todos os instrumentos serão aplicados pelo pesquisador.

7. POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

A vossa participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Caso ocasione algum desconforto aos participantes ao serem questionados sobre informações que envolvem sentimentos e aspectos psicológicos, o pesquisador fará sugestão de encaminhamento para o Serviço de Psicologia do hospital.

8. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Pretende-se contribuir para uma reflexão e compreensão dos esforços cognitivos e comportamentais, dos pacientes do Serviço de Cabeça e Pescoço tratados cirurgicamente, e a sua relação com o tratamento, bem como, com a sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- 1) A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- 2) É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3) É garantido o anonimato;
- 4) Os dados coletados, serão utilizados para a análise dos dados da pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- 5) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) – situado na Av. Tamandaré, 6000 – Jardim Seminário – CEP: 79117-900 – Telefone (67) 3312-3723 – Bloco Administrativo.
- 6) O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande, MS ____/____/2016.

Nome do (a) participante da pesquisa

Assinatura do (a) participante da pesquisa

PESQUISADOR

Anderson Borges de Carvalho

Fonoaudiólogo – CRFa 6: 2100

Telefone para contato: (67) 99927-1514; E-mail: biofono@gmail.com

ORIENTADORA

Dra. Heloísa Bruna Grubits

Telefone para contato: (67) 3321-3605; E-mail: grubitshb@hotmail.com

ANEXO 2 – EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE (BRAZIL)

**EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)**

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO 3 – EORTC QLQ-H&N35

**EORTC QLQ – H&N35**

Às vezes os pacientes relatam que possuem alguns sintomas ou problemas referentes a sua enfermidade ou tratamento. Por favor, indique em que medida você sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, assinale com um círculo o que corresponde mais adequadamente ao seu caso.

Durante a semana passada:	Não	Pouco	Moderado	Muito
31. Você teve dores na sua boca?	1	2	3	4
32. Você teve dor no maxilar superior (parte superior da boca) ou inferior (queixo)?	1	2	3	4
33. Tem ocorrido alguma irritação em sua boca?	1	2	3	4
34. Você tem tido dor em sua garganta?	1	2	3	4
35. Você teve dificuldade em engolir líquidos?	1	2	3	4
36. Você teve dificuldade em engolir alimentos pastosos (ex. purê de batatas)?	1	2	3	4
37. Você teve dificuldade em engolir alimentos sólidos (ex. arroz, carne)?	1	2	3	4
38. Ao engolir, você tem engasgado?	1	2	3	4
39. Houve algum problema com seus dentes?	1	2	3	4
40. É difícil abrir a boca?	1	2	3	4
41. Você tem sentido sua boca seca?	1	2	3	4
42. A saliva era de consistência pegajosa?	1	2	3	4
43. Você teve dificuldades em sentir os cheiros?	1	2	3	4
44. Você teve dificuldades em sentir o sabor dos alimentos?	1	2	3	4
45. Você tem tido tosse?	1	2	3	4
46. Esteve rouco?	1	2	3	4
47. Você tem se sentido doente?	1	2	3	4
48. Em relação a sua aparência, você tem se preocupado com a sua condição física?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a semana passada:	Não	Pouco	Moderado	Muito
49. Você teve dificuldade em se alimentar?	1	2	3	4
50. Você teve dificuldade em se alimentar à frente da sua família?	1	2	3	4
51. Você teve dificuldade em se alimentar à frente de outras pessoas?	1	2	3	4
52. Você teve dificuldade em ter prazer em suas refeições?	1	2	3	4
53. Você teve dificuldade em falar com outras pessoas?	1	2	3	4
54. Você teve dificuldade em falar ao telefone?	1	2	3	4
55. Você encontrou dificuldades no convívio com sua família?	1	2	3	4
56. Você encontrou dificuldades no convívio com seus amigos?	1	2	3	4
57. Você teve dificuldade em estar presente em lugares públicos?	1	2	3	4
58. Você encontrou alguma dificuldade em ter contato pessoal com sua família ou amigos?	1	2	3	4
59. Você tem sentido menos interesse sexual?	1	2	3	4
60. Você teve menos prazer sexual?	1	2	3	4

Durante a semana passada:	Não	Sim
61. Você tomou algum medicamento para as dores?	1	2
62. Tomou algum suplemento alimentar (excluindo vitaminas)?	1	2
63. Alimentou-se através de sonda?	1	2
64. Você perdeu peso?	1	2
65. Você ganhou peso?	1	2

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Pesquisador: ANDERSON BORGES DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57300616.9.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.628.077

Apresentação do Projeto:

pertinentes ao estado geral de saúde de um indivíduo estejam diretamente ligadas a fatores que alteram sua qualidade de vida. Verificamos também que o conceito de QV encontra-se cada vez mais abrangente, abraçando fatores e setores dos mais variados relacionados à vida dos indivíduos, bem como seu estado de saúde. O paciente com câncer, após ser diagnosticado ou mesmo depois de um processo cirúrgico, busca através dos tratamentos, meios de melhora da sua QV. Sabe-se que no que tange às questões relativas ao câncer, verifica-se ainda um estigma seguido de um desgaste relacionado à doença. Considerando por outro lado, que o paciente com câncer de cabeça e pescoço (CP) acumula em sua grande maioria uma busca incessante de resultados positivos e significativos de um bom prognóstico da doença, acarretando fatores que interferem na sua relação familiar, atuação como indivíduo inserido num meio social e sua qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Compreender as estratégias de Coping utilizadas pelos pacientes de cirurgia de CP, no enfrentamento da doença e sua relação com a QV, representa o desafio desta pesquisa.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.628.077

Cabe aqui destacar sua relevância social de como o diagnóstico de câncer de CP e o tratamento cirúrgico, afetam diretamente a QVRS destes pacientes. Acredita-se que a proposta desta pesquisa seja significativa, relevante e necessária diante do problema apresentado acima, à produção científica do Programa de Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) de Campo Grande/ MS, argumentada pela relevância social do estudo, para a sociedade, instituição em questão e os profissionais que nela desempenham suas funções. Importante salientar que esta pesquisa visa também uma projeção dos avanços dos conhecimentos relativos ao comportamento humano na esfera sócio-econômica, contribuindo para novas mudanças de atitudes dos indivíduos frente à pessoa com câncer de CP e oferecendo mais discussões relativas às estratégias de Coping, e sua QVRS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a QVRS de pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de CP, identificando as estratégias de Coping mais utilizadas no enfrentamento da doença.

Objetivo Secundário:

1- Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de saúde, dos participantes da pesquisa. 2 – Identificar as estratégias de enfrentamento dos participantes da pesquisa através da Escala de Coping de Billings e Moos (ECBM), uma semana após a cirurgia. 3 – Avaliar a QVRS através dos itens do EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- core 30) e seu módulo específico para CP, o EORTC QLQ-H&N35 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Head and Neck cancer Module), uma semana após a cirurgia. 4 – Correlacionar os domínios do EORTC QLQ-C30 e os itens de sintomas do EORTC QLQ-H&N35, com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde. 5 – Correlacionar as estratégias de coping do ECBM com o EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-H&N35.

Endereço: Av. Tamarandá, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-000

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: csp@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer: 1.628.077

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação do sujeito nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Caso ocasione algum desconforto aos participantes ao serem questionados sobre informações que envolvem sentimentos e aspectos psicológico, o pesquisador fará sugestão de encaminhamento para o Serviço de Psicologia do hospital.

Benefícios:

Pretende-se contribuir para uma reflexão e compreensão dos esforços cognitivos e comportamentais, dos pacientes do Serviço de Cabeça e Pescoço tratados cirurgicamente, e a sua relação com o tratamento, bem como, com a sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante no sentido que contribui com o aperfeiçoamento dos cuidados pós-operatório dos participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios e as autorizações foram apresentadas de forma correta.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa, por apresentar risco reduzido e adequado benefício e por ser de baixo perfil invasivo, além de haver considerado os aspectos éticos no cuidado com os participantes, pode ser aprovado pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_711391.pdf	24/06/2016 10:34:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_doutorado.doc	24/06/2016 10:33:48	ANDERSON BORGES DE	Aceito

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: csp@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer: 1.828.077

Investigador	projeto_doutorado.doc	24/06/2016 10:33:48	ANDERSON BORGES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	24/06/2016 10:33:13	ANDERSON BORGES DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/06/2016 16:47:20	ANDERSON BORGES DE	Aceito
Outros	autorizacao_diretoriatecnica.pdf	26/05/2016 17:21:24	ANDERSON BORGES DE	Aceito
Outros	autorizacao_presidente.pdf	26/05/2016 17:17:11	ANDERSON BORGES DE	Aceito
Cronograma	cronograma_pesquisa.docx	26/05/2016 16:48:59	ANDERSON BORGES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 07 de Julho de 2016

**Assinado por:
Márcio Luís Costa
(Coordenador)**

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, OCUPACIONAL E DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, OCUPACIONAL E DE SAÚDE
--

- 1) Idade: _____ anos
- 2) Sexo: () masculino () feminino
- 3) Estado Civil: () solteiro () casado/ união estável () outro: _____
- 4) Filhos: () não () sim Quantos? _____
- 5) Mora com quem? () família () parentes () amigos () outros: _____
- 6) Cidade em que reside: _____
- 7) Cidade atual: _____ Se por conta do tratamento: () sim () não
- 8) Profissão: _____
- 9) Atividade/ ocupação: _____ - _____ horas/dia
- 10) Renda mensal própria: R\$ _____
- 11) Necessita de acompanhante: () sim () não
 Em caso afirmativo: () possui () não possui - Quem? _____
- 12) Como foi encaminhado para o Hospital: _____

- 13) Data do diagnóstico: ____/ ____/ ____
- 14) Localização do tumor: _____
- 15) Classificação: T: _____ M: _____ N: _____
- 16) Data da cirurgia: ____/ ____/ ____
- 17) Tipo de cirurgia: _____

- 18) Foi encaminhado para outro tipo de tratamento: () sim () não
 Quimioterapia () Radioterapia () Ambos ()
- 19) Foi encaminhado para o Serviço de Fonoaudiologia: () sim () não
- 20) Diagnóstico Fonoaudiológico: () Disfagia () Disfonia
 () Distúrbio Articulatorio () outro: _____
- 21) Outros tipos de atendimentos no Hospital:
 () Psicologia () Fisioterapia () Serviço Social () Enfermagem
 () Nutrição () SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

APÊNDICE 2 – AUTORIZAÇÃO DIRETORIA TÉCNICA

**OFÍCIO À DIRETORIA TÉCNICA DO HOSPITAL DE CÂNCER DE CAMPO
GRANDE - MS - ALFREDO ABRÃO**

Campo Grande, Abril/ 2016.

Sra. Diretora Técnica – Drª Andrea de Siqueira Campos Lindenberg.

Solicito a Vossa Senhoria, autorização para aplicar quatro instrumentos de pesquisa: um questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde; a Escala de Coping de Billings e Moos (ECBM); um questionário geral de avaliação da saúde de pacientes com câncer, o EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- core 30*) associado ao módulo específico de Cabeça e Pescoço, o EORTC QLQ-H&N35 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Head and Neck cancer Module*), a pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de Cabeça e Pescoço (CP) deste hospital.


A presente pesquisa é um trabalho de tese intitulado: QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO do Programa de Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de CP, identificando as estratégias de Coping mais utilizadas no enfrentamento da doença.

Envio em anexo cópia do projeto que originou o trabalho, bem como os questionários acima mencionados.

Agradeço desde já e em nome da minha orientadora Profª Drª Heloisa Bruna Grubits.

Atenciosamente,

Anderson Borges de Carvalho (pesquisador).


Andrea de S. C. Lindenberg
Diretora Técnica do HCAA
CRM-195-2790

APÊNDICE 3 – AUTORIZAÇÃO PRESIDENTE FUNDAÇÃO CARMEM PRUDENTE

**OFÍCIO AO PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO CARMEM PRUDENTE DE
MATO GROSSO DO SUL MANTENEDORA DO HOSPITAL DE CÂNCER DE
CAMPO GRANDE - MS - ALFREDO ABRÃO**

Campo Grande, Abril/ 2016.

Sr. Presidente – Carlos Alberto Moraes Coimbra

Solicito a Vossa Senhoria, autorização para aplicar quatro instrumentos de pesquisa: um questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde; a Escala de Coping de Billings e Moos (ECBM); um questionário geral de avaliação da saúde de pacientes com câncer, o EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- core 30*) associado ao módulo específico de Cabeça e Pescoço, o EORTC QLQ-H&N35 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Head and Neck cancer Module*), a pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de Cabeça e Pescoço (CP) do Hospital de Câncer de Campo Grande – MS – Alfredo Abrão.

A presente pesquisa é um trabalho de tese intitulado: QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO do Programa de Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes tratados cirurgicamente pelo Serviço de CP, identificando as estratégias de Coping mais utilizadas no enfrentamento da doença.

Envio em anexo cópia do projeto que originou o trabalho, bem como os questionários acima mencionados.

Agradeço desde já e em nome da minha orientadora Profª Drª Heloísa Bruna Grubitz.

Atenciosamente,

Anderson Borges de Carvalho (pesquisador).


Carlos Alberto Moraes Coimbra
Diretor-Presidente
Fundação Carmem Prudente de MS



APÊNDICE 4 – ESCALA DE *COPING* DE BILLING E MOOS (ECBM)

ESCALA DE *COPING* DE BILLINGS E MOOS (ECBM)

Indique uma crise pessoal recente ou um evento estressante que tenha acontecido com você: _____

Agora responda as questões abaixo que investigam diferentes maneiras de lidar com a situação, considerando a situação mencionada por você acima.

Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa, veridicamente, sua experiência.

Estratégias de Enfrentamento	Sim	Não
1) Tentei ver o lado positivo das coisas		
2) Tentei voltar atrás na situação e ser mais objetivo (a)		
3) Rezei para ter direção ou força		
4) Tentei dar um passo de cada vez		
5) Avaliei várias alternativas para lidar com o problema		
6) Relembrei minhas experiências passadas; já estive em situações semelhantes anteriormente		
7) Tentei conhecer mais detalhes sobre a situação		
8) Falei com algum profissional (médico, padre, advogado) sobre a situação		
9) Realizei alguma ação positiva		
10) Conversei com algum parente sobre o problema (marido, esposa, pai, mãe...)		
11) Conversei com algum amigo (a) sobre a situação		
12) Fiz mais atividades físicas, exercícios		
13) Me preparei para o pior		
14) Algumas vezes em que estava com raiva ou deprimido (a), descontei (descarreguei) em outras pessoas		
15) Tentei diminuir a tensão comendo mais		
16) Tentei diminuir a tensão fumando mais		
17) Guardei meus sentimentos para mim		
18) Me ocupei com outras coisas para afastar meus pensamentos do problema		
19) Não me preocupei com a situação, imaginei que as coisas provavelmente terminariam bem		