



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



**Ana Angélica de Souza Freitas**

**Cuidado clínico ao homem em cirurgia oncológica do trato aerodigestivo superior com  
necessidade de saúde e qualidade de vida**

Rio de Janeiro  
2018

**Ana Angélica de Souza Freitas**

**Cuidado clínico ao homem em cirurgia oncológica do trato aerodigestivo superior com  
necessidade de saúde e qualidade de vida**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Coelho

Rio de Janeiro  
2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

Freitas, Ana Angélica de Souza.

Cuidado clínico ao homem em cirurgia oncológica do trato aerodigestivo superior com necessidade de saúde e qualidade de vida / Ana Angélica de Souza Freitas. – Rio de Janeiro:UFRJ/EEAN, 2017.243 f. il.color.

Orientadora: Maria José Coelho

Tese (Doutorado) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro 2017.

1.Saúde do homem. Oncologia cirúrgica. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Cuidados de enfermagem.Qualidade de vida. I Coelho, Maria José. II Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III Título.

CDD: F866c

**Ana Angélica de Souza Freitas**

**Cuidado clínico ao homem em cirurgia oncológica do trato aerodigestivo superior com  
necessidade de saúde e qualidade de vida**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 25 de outubro de 2017.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Coelho  
Presidente – EEAN-UFRJ

---

Prof. Dr. Tadeu Lessa da Costa  
1º Examinador – Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Macaé - UFRJ

---

Prof. Dr. Ronald Teixeira Peçanha Fernandes  
2º Examinador – Faculdade de Enfermagem. UES. Barra - RJ

---

Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima  
3º Examinador – Curso de Enfermagem e Obstetrícia. EEAAC – UFF

---

Profa. Dra. Lys Eiras Cameron  
4º Examinador - EEAN- UFRJ

---

Profa. Dra. Marcelle Miranda da Silva  
1º Suplente – EEAN – UFRJ

---

Profa. Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli  
2º Suplente – Faculdade de Enfermagem - FEN-UERJ

## DEDICATÓRIA ESPECIAL

HOMENAGEM AO MEU QUERIDO, ETERNO E AMADO PAI

ELIAS AUGUSTO DE FREITAS 1934-2017 IN MEMORIAM

AO MEU QUERIDO E AMADO PAI, SEMPRE GUERREIRO. JAMAIS PUDE IMAGINAR O SIGNIFICADO DA PERDA DE UMA PESSOA QUE AMAMOS, POIS NÃO EXISTE EXPLICAÇÃO PARA O VAZIO QUE SENTIMOS QUANDO NOS DEPARAMOS COM A SITUAÇÃO DA PERDA.

MEU QUERIDO E AMADO PAI SE FOI PARA UM PLANO DE LUZ.

AO MEU QUERIDO E AMADO PAI A MINHA PROFUNDA E ETERNA GRATIDÃO PELO GRANDE HOMEM QUE FOI PARA A FAMÍLIA E PARA A HUMANIDADE.

DEDICO ESTA TESE AO SENHOR, POR SER O HOMEM DE MAIOR DEDICAÇÃO E COMPROMISSO NA SOCIEDADE BRASILEIRA, APOSENTADO PELA CONSTRUÇÃO CIVIL NA OCUPAÇÃO DE PEDREIRO.

AMAREI-TE ETERNAMENTE.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela iluminação de sempre nos meus caminhos, pensamentos e atitudes....

Aos homens com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico que consentiram em participar do estudo, ampliando o conhecimento científico da Enfermagem Brasileira na área do cuidado. Sem eles não seria possível o desenvolvimento dessa pesquisa...

A minha querida e amada Mãe, Maria Helena de Souza Freitas, que sempre lutou com garra e determinação pelos meus estudos, crescimento pessoal e profissional, muito obrigada.....

Ao meu querido e amado pai, Elias Augusto de Freitas, *in memoriam*.....

As minhas irmãs, Josefa, Oscilene, Everaldina, Rosimeire e Maria da Conceição, pelas palavras amigas e de carinho, sempre me incentivando nos estudos....

Aos meus queridos sobrinhos, Luis Felipe, Rafael, Carlos Eduardo e Aryan...

À querida, amada e eterna amiga enfermeira, doutora e orientadora Profa. Maria José Coelho, pela tranquilidade e pelos sorrisos nas horas difíceis, estando sempre disponível para um diálogo efetivo sobre o cuidado clínico humano na temática Saúde do Homem, e por tecer comentários e sugestões críticas e pertinentes para o sucesso deste estudo...

À enfermeira Valdete Oliveira e ao enfermeiro Vlamir Pinto, colegas de trabalho que me ajudaram com dedicação e zelo no andamento do processo de Comitê de Ética em Pesquisa....

Às inesquecíveis colegas de trabalho da prática cotidiana de cuidar: as enfermeiras, Flavia, Camile, Lindalva, Aline e Monalisa, sempre colaborando incansavelmente nas coberturas de plantões diurnos....

Em especial, à enfermeira Márcia Santos, do ambulatório de Enfermagem de cuidado clínico ao paciente em cirurgia de cabeça e pescoço, pelo carinho e acolhimento, pois foi o local onde ocorreu a coleta de dados da pesquisa....

Ao amigo de sempre, Edvald, da biblioteca do Hospital de Câncer I – INCA, sempre disponível a ajudar com zelo e carinho, assim como à enfermeira Vânia Teixeira, que sempre me incentivou no crescimento profissional pessoal....

Aos professores(as) Dr. Tadeu Lessa, Dr. Ronald, Dr. Dalmo, Dra. Lys Camerom, Dra. Marcelle e Dra. Lina Márcia, pela disponibilidade e pelo carinho com que participaram da banca examinadora, com contribuições relevantes e sugestões tão sabiamente colocadas....

Aos docentes da EEAN-UFRJ, que contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa....

Às enfermeiras e Doutoradas novatas do Brasil, Adriana, Ana Carolina, Alessandra, Andyara, Elayne, Gleani, Hercules, Julyana, Marta, Roberta, Rosângela e Sonia, pela oportunidade de conhecê-las e poder compartilhar alegrias, tristezas, ansiedades e tranquilidades no período de três anos na EEAN-UFRJ, muito obrigada....

Aos amigos enfermeiros doutorandos Julio e Thiago por compartilhar sempre.....

À equipe multiprofissional de saúde do HCI-INCA, nutricionista Adriana, fisioterapeutas Marcia, Henrique e Carolina, fonoaudiólogas Cristiane Ferreira, Cristina Gouvea, Kaliane e Mariana...

A todos os funcionários da EEAN-UFRJ, da Pós-Graduação de Enfermagem, da segurança, da biblioteca e do restaurante, sempre disponíveis...

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa pesquisa...

*“...Aos homens adultos em tratamento cirúrgico do trato aerodigestivo superior, que, apesar de esse tratamento ter influenciado no estilo e na qualidade de vida, nos demonstraram e ensinaram o valor do cuidado humano e a importância da vida...”*

**ETERNA GRATIDÃO!**

## RESUMO

FREITAS, Ana Angélica de Souza. **Cuidado clínico ao homem em cirurgia oncológica do trato aerodigestivo superior com necessidade de saúde e qualidade de vida.** Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

Esta tese tem como objeto identificar a necessidade de cuidado e qualidade de vida de homens em tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior. Trata-se da identificação das necessidades de cuidado e qualidade de vida relacionada à saúde dos homens antes e após o tratamento cirúrgico e da avaliação dos domínios que afetaram a qualidade de vida, utilizando o questionário da Universidade de Washington (UW-QOL) para construção de uma cartilha de cuidado para as necessidades de saúde e qualidade de vida. Com bases na fundamentação teórico-conceitual de Masculinidades de Connell, de Cuidado de Coelho e de Cotidiano de Michel Certeau, utilizou-se o método misto, com 58 homens em tratamento cirúrgico. A coleta de dados aconteceu entre fevereiro e dezembro de 2016, no Hospital do Câncer I, Rio de Janeiro, Brasil, respeitando as questões éticas com CAAE nº CEP-INCA 52647116430015274. Foi realizada entrevista semiestruturada com aplicação do questionário da (UW-QOL - 4º versão, 2006) para coleta de dados. Os resultados quantificáveis foram analisados pela estatística descritiva com auxílio do software R, e os qualificáveis, pela técnica de Análise de Conteúdo Temático de Bardin. Emergiram três categorias temáticas. A primeira – qualidade de vida relacionada à saúde do homem antes da cirurgia –, caracterizou-se por atitudes positivas e negativas, já que qualidade de vida significava: poder trabalhar; ganhar dinheiro para sustentar a família; satisfação, como alimentar-se pela boca; comer churrasco e mastigar. Por outro lado, as atitudes que levaram o homem ao adoecimento e a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior estão associadas ao fumo, álcool e trabalho em excesso. A segunda categoria – qualidade de vida relacionada à saúde do homem após a cirurgia – aborda o contexto da cirurgia com aspectos positivos, renascimento por saberem que não tinham mais o câncer e sentir-se curados e não sentir mais dor, não ter ficado com limitações físicas e estéticas, além da qualidade de vida. Todavia, houve alterações funcionais orgânicas na fala, mastigação e deglutição associadas à cirurgia, que mudaram o cotidiano do homem. Logo, o construto de qualidade de vida antes e após a cirurgia foi caracterizado como subjetivo/objetivo e multifatorial, por envolver dimensão de aspecto positivo e negativo à medida que o homem percebia a satisfação, ou não, das necessidades de saúde e as alterações de atividades laborais de vida diária. Na terceira categoria – necessidade de cuidado da saúde do homem em tratamento cirúrgico –, os aspectos mais afetados foram os psicobiológicos e as necessidades de cuidado com alimentação via sonda gástrica e de informação sobre vida íntima, com demanda de cuidado integrado com a equipe de saúde. Nos resultados quantificáveis com aplicação do questionário UW-QOL, evidenciou-se que as médias mais altas foram os domínios “recreação” e “dor”, e as mais baixas, “mastigação” e “fala”. O pior resultado da melhor resposta possível do escore cem foram os domínios: “fala”, “aparência” e “deglutição”, com alterações funcionais e estéticas causando interferência na qualidade de vida. Logo, os homens lutaram pela vida com coragem, criatividade, com enfrentamento para o cuidado a saúde ou não. Mesmo com diminuição das atividades formais, buscaram o trabalho informal, persistindo na produção laboral como dimensão de masculinidade hegemônica.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem; Oncologia cirúrgica; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Cuidado de enfermagem; Qualidade de vida.



## ABSTRACT

FREITAS, Ana Angélica de Souza. **Clinical care to the man in oncological surgery of the upper aerodigestive tract with need of health and quality of life.** Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

This thesis intends to identify the needs of care and quality of life of men undergoing oncological surgical treatment of upper aerodigestive tract. It approaches the need for care and health-related quality of life of men before and after surgical treatment and the assessment of fields that affect the quality of life, using the University of Washington questionnaire (UW-QOL) for producing a primer of care for the needs of health and quality of life. Based on theoretical-conceptual grounds of Masculinities by Connell, Care by Coelho and Daily Life by Michel Certeau, the mixed method was used, with 58 men in surgical treatment. Data collection took place between February and December 2016, at Cancer Hospital I, Rio de Janeiro, Brazil, in compliance with the ethical issues of CAAE n° CEP-INCA 52647116430015274. Semi-structured interview was carried out with application of UW-QOL questionnaire, 4th version, 2006) for data collection. The quantifiable results were analyzed using descriptive statistics with R software assistance, and qualifiable results were analyzed using Badin's Thematic Content Analysis. Three themes emerged. The first, health-related quality of life of man before surgery, was characterized by positive and negative attitudes, since quality of life meant: capable to work, earn money to support the family, satisfaction with feeding by mouth, eat barbecue and chew. On the other hand, the attitudes that led to illness and genetics of upper aerodigestive tract neoplasms are associated to smoking, alcohol and excess work. The second category, health-related quality of life of man after surgery, approaches the context of surgery with positive aspects and the revival because they know that no longer had cancer and feel healed and feel no more pain, with no aesthetic and physical limitations, and a quality of life. However, there have been changes in the organic functional speech, chewing and swallowing associated with surgery, which changed the daily life of the men. Therefore, the construct of quality of life before and after surgery was characterized as subjective/objective and multifactorial, involving positive and negative aspect dimension, as the man realized the satisfaction, or not, of health needs and the changes of labour activities of daily life. In the third category, need for health care in surgical treatment, the most affected aspects were the psychobiological care needs with gastric tube feeding and information about private life, demanding integrated care from the health team. In the quantifiable results with application of UW-QOL questionnaire, it was shown that the higher means were the domains "amusement" and "pain", and the lowest were "chewing" and "talk". The worst result of the best possible answer of 100 score were the fields "speak", "appearance" and "swallowing" with functional and aesthetic changes causing interference on quality of life. Therefore, the men fought for life with courage, creativity, coping for health care or not. Even with reduction of formal activities, the men sought the informal work, persisting in the work production as the hegemonic masculinity dimension.

**Key words:** Mens's health. Surgical oncology. Needs and demands of health services. Nursing care. Quality of life.

## RESUMEM

FREITAS, Ana Angélica de Souza. **Atención clínica al hombre en cirugía oncológica del tracto aerodigestivo superior con necesidad de salud y calidad de vida.** Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

El objeto de esta tesis es identificar la necesidad de atención y calidad de vida de los hombres en tratamiento quirúrgico oncológico del tracto aerodigestivo superior. Trata la identificación de la necesidad de atención y calidad de vida relativa a la salud de hombres antes y después del tratamiento quirúrgico y evaluación de los campos que afectan la calidad de vida. Adopta el cuestionario de la Universidad de Washington (UW-QOL) para la construcción de una cartilla para satisfacer las necesidades de salud y calidad de vida. Basándose en la fundamentación teórico-conceptual de la masculinidad de Connell, de la atención de Coelho y de la vida cotidiana de Michel Certeau, se utilizó el método mixto, con 58 hombres en tratamiento quirúrgico. La recolección de datos ocurrió entre febrero y diciembre de 2016, en el Hospital del cáncer I, Río de Janeiro, Brasil, en cumplimiento de los aspectos éticos CAAE n° CEP-INCA 52647116430015274. La entrevista semiestructurada se realizó con la aplicación del cuestionario (UW-QOL- versión 4, 2006) para la recolección de datos. Los resultados cuantificables fueron analizados por medio de la estadística descriptiva con la ayuda de software R y los resultados cuantificables, por medio de la técnica de análisis de contenidos temáticos de Bardin. Tres categorías temáticas surgieron. La primera categoría - calidad de vida relacionada con la salud del hombre antes de la cirugía – se caracterizó por actitudes positivas y negativas, porque la calidad de vida significa: se puede trabajar; ganar dinero para mantener a su familia; satisfacción, como la alimentación por vía oral; comer barbacoa y masticar. Por otra parte, las actitudes que condujeron al hombre a la enfermedad y genética de neoplasias del tracto aerodigestivo superior se asocian a fumar, el alcohol y el exceso de trabajo. La segunda categoría – calidad de vida relacionada con la salud del hombre después de la cirugía – analiza el contexto de la cirugía con aspectos positivos, un renacimiento porque saben que ya no tienen cáncer y se sienten curados y no sienten más dolor, no quedam con limitaciones estética y física y tienen calidad de vida. Sin embargo, ha habido cambios en el discurso funcional orgánico, masticación y deglución asociados con la cirugía, que cambió la vida cotidiana del hombre. Por consiguiente, el constructo de calidad de vida antes y después de la cirugía fue caracterizado como subjetivo/objetivo y multifactorial, con dimensión de los aspectos positivos y negativos en la medida que el hombre entendía la satisfacción, o no, de las necesidades de salud y los cambios de las actividades laborales de la vida cotidiana. En la tercera categoría – necesidad de atención de salud en el tratamiento quirúrgico, los más afectados fueron los aspectos psicobiológicos y el cuidado de las necesidades con alimentación por sonda gástrica e información sobre la vida privada, con demanda de atención integrada con el equipo de salud. En los resultados cuantificables con aplicación del cuestionario UW-QOL, se evidenció que la media más alta fueran los dominios de "recreación" y "dolor" y la más baja, "masticar" y "hablar". El peor resultado de la mejor respuesta posible de la puntuación 100 fueron los campos: "hablar", "apariencia" y "deglución", con cambios funcionales y estéticos que causan interferencia en la calidad de vida. Por consiguiente, los hombres lucharon por la vida con valentía, creatividad, sobrellevando la atención de la salud o no. A pesar de la reducción de las actividades formales, los hombres buscaran el trabajo informal, que persiste en la producción laboral como dimensión de la masculinidad hegemónica.

**Palabras-clave:** Salud del hombre. Oncología quirúrgica. Necesidades y demandas de servicios de salud. Atención de enfermería. Calidad de vida.

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Apresentação ilustrativa do material educativo traqueostomias	20
<b>Quadro 1</b> – Distribuição dos estudos selecionados entre os anos de 2007 e 2017	25
<b>Quadro 2</b> – Apresentação dos termos técnicos usados nos procedimentos cirúrgicos	34
<b>Figura 2</b> – Apresentação do cotidiano e a roda de cuidado clínico à saúde do homem	35
<b>Figura 3</b> – Apresentação do espaço metodológico quadripolar	53
<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos procedimentos cirúrgicos em homens adultos com neoplasias de laringe, faringe e boca, 2010-2015	55
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos participantes segundo a faixa etária	65
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos participantes segundo estado civil	66
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos participantes segundo escolaridade	68
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos participantes segundo atividades laborais	69
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos participantes segundo procedência	70
<b>Figura 4</b> – Apresentação do fluxo dos homens à procura de cuidado à saúde	75
<b>Figura 5</b> – Apresentação dos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida antes da cirurgia	86
<b>Figura 6</b> – Apresentação dos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida depois da cirurgia	96
<b>Quadro 3</b> – Apresentação da relação do construto de qualidade de vida relacionado à saúde UW-QOL com o grupo WHOQOL	123
<b>Quadro 4</b> – Apresentação do construto de qualidade de vida relacionada à saúde antes do tratamento cirúrgico	124
<b>Quadro 5</b> – Apresentação do construto de qualidade de vida relacionada à saúde depois do tratamento cirúrgico	125
<b>Figura 7</b> – Apresentação das necessidades de cuidado a saúde do homem	126
<b>Figura 8</b> – Apresentação da perspectiva do homem em relação à Política e ao cuidado à saúde	143
<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos 12 domínios do Questionário de Qualidade de vida da Universidade de Washington	150
<b>Quadro 6</b> – Distribuição da média do domínio mastigação	151
<b>Quadro 7</b> – Distribuição da média do domínio fala	153
<b>Quadro 8</b> – Distribuição da média do domínio aparência	155
<b>Quadro 9</b> – Distribuição da média do domínio deglutição	157
<b>Quadro 10</b> – Distribuição da média do domínio dor	158
<b>Figura 9</b> – Apresentação da escala visual analógica da dor	159
<b>Figura 10</b> – Apresentação da escala analgésica proposta pela OMS	160

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 11</b> – Distribuição da média do domínio atividade	161
<b>Quadro 12</b> – Distribuição da média do domínio recreação	162
<b>Quadro 13</b> – Distribuição da média do domínio ombro	163
<b>Quadro 14</b> – Distribuição da média do domínio paladar	165
<b>Quadro 15</b> – Distribuição da média do domínio saliva	166
<b>Quadro 16</b> – Distribuição da média do domínio humor	168
<b>Quadro 17</b> – Distribuição da média do domínio ansiedade	169
<b>Tabela 8</b> – Distribuição dos domínios mais importantes em relação à qualidade de vida dos homens	171
<b>Quadro 18</b> – Distribuição da média da qualidade de vida antes do adoecimento	173
<b>Quadro 19</b> – Distribuição da média da qualidade de vida depois do tratamento cirúrgico oncológico	174
<b>Quadro 20</b> – Distribuição da média de qualidade de vida global	174
<b>Quadro 21</b> – Apresentação da relação da necessidade de cuidado à saúde e qualidade de vida	180
<b>Figura 11</b> – Apresentação ilustrativa da cartilha educativa	191
<b>Figura 12</b> – Apresentação ilustrativa da cartilha educativa	192

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	14
1.1 Contextualização do objeto de pesquisa	15
1.2 Tese, objeto, questões norteadoras e objetivos da pesquisa	21
1.3 Relevância e justificativa da pesquisa	22
1.4 Estado da arte aproximado à temática	23
1.5 Contribuições da pesquisa	26
<b>CAPÍTULO 2 – BASES TEÓRICAS</b>	28
2.1 Epidemiologia das neoplasias de laringe, faringe e boca no mundo e no Brasil	29
2.2 Masculinidades e o processo saúde-doença-cuidado	30
2.3 Neoplasias do trato aerodigestivo superior e a modalidade de tratamento cirúrgico oncológico	31
2.4 Cotidiano e cuidado clínico da saúde do homem nas implicações orgânicas do tratamento cirúrgico	35
2.5 Cartilha educativa impressa com informações como cuidado de enfermagem e saúde	44
2.6 Considerações sobre o conceito de qualidade de vida	47
<b>CAPÍTULO 3 – ESPAÇO METODOLÓGICO QUADRIPOlar</b>	52
3.1 Tipo e abordagem de pesquisa	54
3.2 Participantes e amostragem	54
3.3 Cenário da pesquisa	57
3.4 Trabalho de campo	57
3.5 Etapas da coleta de dados	58
3.6 Aspectos éticos	60
3.7 Organização e análise dos dados	62
<b>CAPÍTULO 4 – HOMENS EM TRATAMENTO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR</b>	64
<b>CAPÍTULO 5 – COTIDIANO E A NECESSIDADE DE CUIDADO CLÍNICO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DO HOMEM</b>	72
<b>CAPÍTULO 6 – QUALIDADE DE VIDA DO HOMEM EM TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR</b>	149
<b>CAPÍTULO 7 – RELAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO CLÍNICO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b>	177
<b>CAPÍTULO 8 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO DE CUIDADO CLÍNICO À NECESSIDADE DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b>	187
<b>CAPÍTULO 9 – PRODUTOS GERADOS DO CONHECIMENTO DO CUIDADO AO HOMEM COM NECESSIDADE DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b>	195

<b>CAPÍTULO 10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	199
<b>REFERÊNCIAS</b>	208
<b>APÊNDICES</b>	227
<b>ANEXOS</b>	233

## CAPÍTULO 1 \_\_\_\_\_ CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### **Sugestões práticas para uma atitude CONCENTRADA:**

Faça exercícios de concentração, pelo menos uma vez por semana, tente realizar algo prestando atenção aos mínimos detalhes.

Diminua a velocidade com que faz as coisas. se você for um tipo apressado, diminua sua velocidade em 50%; se for muito lento e preguiçoso, faça o inverso: aumente a sua velocidade em cinquenta por cento.

Dedique pelo menos quinze minutos por dia para escutar melhor as pessoas; escute-as com toda a atenção.

Em intervalos regulares durante o dia, deixe à sua volta lembretes que lhe façam recordar de seres que você ama. procure perceber, sentir, imaginar como determinada pessoa está se sentindo e envie-lhes vibrações CONCENTRADAS de amor.

Café, S. O livro das atitudes (2012).

## 1.1 Contextualização do objeto de pesquisa

O cuidado ao homem com neoplasias de laringe, faringe e boca sempre esteve presente na atuação dos profissionais de enfermagem. Estes pacientes enfrentam dificuldades para comer, mastigar, beber, falar e alteração na aparência. A pesquisadora é uma enfermeira docente assistencial de uma instituição oncológica especializada no tratamento clínico e cirúrgico, situada no município do Rio de Janeiro (RJ). Diariamente, dão entrada neste hospital pacientes de ambos os sexos, em especial homens com esse tipo de neoplasias cujo tratamento inicial cirúrgico requer a implantação de uma traqueostomia temporária, assim como sonda gástrica para alimentação, necessárias à sobrevivência.

Deve-se ressaltar que neoplasia de cabeça e pescoço é um termo genérico definido por bases anatômicas topográficas que representa as neoplasias malignas das vias aerodigestivas superiores, como a boca, laringe e faringe. O carcinoma espinocelular (CEC), o tipo histopatológico que representa cerca de 90% dos casos, é uma doença com alta prevalência em países de baixo nível socioeconômico, incidente em homens e mulheres entre a quarta e quinta década de vida (CASATI, 2012)

Estudos epidemiológicos demonstram que as exposições ao tabaco e ao álcool são os principais fatores causais associados ao desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. O alto consumo dessas substâncias ou a continuidade desses hábitos após o tratamento oncológico estão também associados ao aumento da chance de desenvolvimento de uma segunda lesão tumoral. (MACIEL, 2012; CASATI, 2012; GALBIATTI, 2013).

As modalidades de tratamento oncológico são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, associados ou não, dependendo da área atingida e da extensão da lesão tumoral. Estudos demonstram que a cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço gera alterações nos aspectos funcionais e estéticos, definitivos ou temporários, como na mastigação, na deglutição e na fala, interferindo no cotidiano e na qualidade de vida (PARKER, 2014,ALMEIDA, 2013).

A neoplasia da cavidade oral acomete as seguintes regiões anatômicas cirúrgicas: lábio, terço anterior da língua, mucosa jugal, assoalho da boca, gengiva inferior, gengiva superior, área retromolar e palato duro. Na neoplasia da faringe, a anatomia cirúrgica constitui-se na orofaringe e continua com a cavidade oral anteriormente, subdividida em quatro regiões: base da língua, palato mole, pilares tonsilares e parede posterior da faringe. A neoplasia da laringe é dividida em três regiões anatômicas cirúrgicas: a laringe supraglótica, que inclui epiglote, falsas cordas, ventrículos, pregas ariepiglóticas e aritenoide; a glote, que



inclui as cordas vocais verdadeiras e as comissuras anterior e posterior; e a subglote, que começa nas cordas vocais verdadeiras e se estende até a borda inferior da cartilagem cricoide e primeiro anel traqueal. O paciente deve manter uma rotina de seguimento ambulatorial em busca da detecção precoce de recidiva da lesão primária, para melhor qualidade de vida. (JAEGER, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (1993) define como qualidade de vida a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações.

A avaliação da qualidade de vida dos homens acometidos por neoplasias do trato aerodigestivo superior em tratamento cirúrgico torna-se importante para o conhecimento da interferência do câncer e do tratamento no cotidiano, o aprimoramento do cuidado de enfermagem com medidas de suporte social, espiritual e de reabilitação, e a obtenção de evidências com a utilização dessas informações, para a construção de uma cartilha educativa sobre cuidado e necessidade de saúde e qualidade de vida do homem nessa condição.

A “Saúde do Homem” é entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No ambiente intra-hospitalar de uma instituição oncológica demandam várias informações sobre os procedimentos cirúrgicos e o cuidado, pois a distribuição de material educativo é uma estratégia de cuidado utilizada pelos profissionais da área da Saúde para ajudar o paciente nestas situações.

Compreende-se que o material educativo impresso constitui um importante recurso de comunicação, como informação para a promoção, manutenção e cuidado da saúde do homem, hospitalizado ou não, e que estes recursos servem como facilitadores de compreensão aprendizagem e autonomia individual especialmente do homem que vive em áreas urbanas da Cidade e do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Dessa forma, coloca-se o paciente como sujeito ativo na produção e construção do material educativo como ferramenta de cuidado à saúde baseado, nos aspectos, biológicos, sociais e espirituais e de qualidade de vida, facilitando a compreensão da informação para esse público alvo.

Marinus (2014) na experiência de elaborar e validar um material educativo para alta hospitalar de pacientes com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada, concluiu que a participação do paciente na avaliação do material foi positiva, pois 100% das respostas se classificaram entre excelente e bom entre notas 7 e 10. Torna-se fundamental que os pacientes participem desse processo como sujeito com autonomia para o cuidado a saúde.

A comunicação escrita uniformiza as orientações de forma oral realizadas pelos profissionais da área de Saúde, à medida que auxiliam os pacientes no entendimento do processo de saúde, doença e cuidado. Além disso, a informação de cuidado à saúde é um processo que beneficia o paciente, favorecendo a compreensão no enfrentamento positivo do tratamento cirúrgico oncológico.

Para ilustrar este aspecto Silva (2015) realizou uma pesquisa na Unidade da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza com pacientes do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na educação em saúde no controle das doenças crônicas, como resultado acredita-se que o que o material educativo cumpre sua finalidade sendo uma ferramenta de fácil construção, de baixo custo, podendo ser relevante na informação de cuidado a saúde no acompanhamento de pacientes hipertensos.

Freitas e Coelho (2009) realizaram um estudo com homens portadores de traqueostomia por neoplasias de laringe, faringe e boca, que receberam uma cartilha para o cuidado da saúde no ambiente domiciliar. Evidenciou-se que 80% dos homens usaram a cartilha, pois a consideraram útil e importante para o cuidado e recuperação da saúde. Outros 20%, relataram que não realizaram a leitura da cartilha, pois não compreenderam seu conteúdo textual, mas acharam a forma imagética interessante.

Assim, os cuidados de Enfermagem à saúde do homem devem ser baseados em estratégias de criatividade, pois a prática de cuidar requer atitudes de mudança no modelo assistencial atual, colocando-o como sujeito participativo no processo saúde-doença-cuidado.

Dessa forma, o material educativo impresso pode ser utilizado como instrumento de cuidado à saúde, de maneira participativa que facilite a produção de entendimento do homem.

Nesse sentido, o problema desta pesquisa aponta a existência de um material educativo impresso intitulado: “Traqueostomias: orientações aos pacientes”, figura 1 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2010). 2ª Edição, para distribuição na enfermaria e ambulatório de enfermagem ao homem com neoplasias do trato aerodigestivo superior em tratamento cirúrgico no Hospital de Câncer I, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro. Brasil.

Esse material foi construído pela equipe de enfermeiras da seção de cirurgia de cabeça e pescoço do ambulatório e da enfermaria, em conjunto com a equipe da Divisão de Comunicação Social do referido hospital. A seleção dos conteúdos de comunicação textual e imagético baseou-se nas experiências da prática de cuidar do paciente com dispositivos como cânula de traqueostomia e cateter gástrico para alimentação, que apresentavam dúvidas frequentes sobre o cuidado com a saúde.

Sob essa perspectiva, o estudo de Freitas (2011) afirma que, apesar de ser útil abordar dúvidas frequentes do paciente, esse tipo de estratégia pode resultar na valorização de questões que não são relevantes em detrimento daquelas que realmente o são para o paciente sob cuidado.

Pesquisadores da temática de construção de materiais educativos impressos argumentam que é necessária a participação ativa do paciente nas atividades de elaboração de cartilha para o cuidado à saúde, pois os interesses dos participantes e a experiência de cada um orientam a seleção dos conteúdos textuais e imagéticos, promovendo a construção compartilhada de conhecimento pelo diálogo. O ponto de partida para a produção de novos conhecimentos, a experiência e a cultura dos sujeitos envolvidos culminam em um espaço de aprendizagem coletivo (FREITAS, 2011; GOZZO, 2012; REBERTE, 2012).

Destaca-se que o entendimento da problemática desta pesquisa se dará através de breves recortes do material educativo impresso sobre o cuidado da pessoa com traqueostomia, que contempla as condições de produção de palavras que formam o trinômio: o locutor, o profissional de Saúde; o conteúdo textual e imagético expresso no material educativo; e o leitor, o paciente.

O conteúdo textual do material educativo aborda os cuidados com a traqueostomia, trazendo o profissional de Saúde como locutor, que apresenta e responde às dúvidas principais do paciente, colocando-o como objeto do cuidado (Quando pode ser necessário fazer traqueostomia? O que é cânula de traqueostomia? Quais as partes da cânula de traqueostomia? Quais os cuidados com a pessoa traqueostomizada?). Percebe-se a obtenção de um primeiro suporte no ato da leitura desse material. No entanto, evidencia-se que a estruturação do texto do material educativo apresenta-se pouca apropriada, visto que as frases são apresentadas de maneira longa, o que diminui a rapidez no processo de leitura e dificulta a compreensão do leitor. Abaixo apresentado um fragmento retirado da página oito do material educativo existente na instituição da pesquisa :

As partes que compõem a cânula de traqueostomia de metal dividem-se em cânula e subcânula. É muito importante para evitar bloqueios à entrada de ar, acúmulo de secreções e mau cheiro (pag.8).

No conteúdo do material educativo também se observam termos científicos de determinações técnicas, tais como: obstrução e secreções.

Estudo, Freitas (2011) identificou que os processos comunicativos e educativos por materiais impressos se baseiam na lógica transmissional, característica do modelo unilinear de comunicação, pois esse modelo filia-se ao paradigma biomédico, em que os indivíduos são vistos como carentes de informações acerca dos cuidados que devem manter para promover os devidos cuidados com a saúde. Por isso, é importante que os profissionais de Saúde envolvidos na construção de materiais educativos impressos insiram o paciente como sujeito participativo no processo de elaboração do material.

No que diz respeito ao conteúdo imagético selecionado pelas enfermeiras e os profissionais da comunicação social envolvidos na construção do material, a partir de manuais técnicos e de experiências profissionais, observou-se que não houve a mediação do paciente na sua elaboração. O material educativo, no contexto de informação escrita no cuidado, possui um valor inestimável como recurso para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e favorece a melhora do conhecimento sobre o cuidado da saúde e autonomia.

Na figura 1 apresentação ilustrativa do material educativo intitulado: Traqueostomias e orientações aos pacientes.

**Traqueostomias**  
Orientações aos pacientes

2ª Edição

**Ministério da Saúde**  
**Instituto Nacional de Câncer (INCA)**

**Traqueostomias**  
Orientações aos pacientes

2ª Edição

Rio de Janeiro, RJ  
2010

**Coordenação de Elaboração**  
Edmar Oliveira da Silva

**Equipe de Elaboração**  
Equipe de Oncologia (Enfermagem - Seção de Cabeça e Pescoço do HCT)

**Supervisão Editorial**  
Marta Lucia Gortari / Coordenação Geral de Gestão Assistencial

**Edição**  
Mônica Vieira / Divisão de Comunicação Social

**Revisão**  
Jacqueline Bacchi / Divisão de Comunicação Social

**Capa, projeto gráfico e diagramação**  
Glebe / Divisão de Comunicação Social

**Normalização editorial**  
Tina Soares CECG

**Normalização bibliográfica**  
Esther Rocha (Serviço de Bibliotecas)

**SUMÁRIO**

Prezado paciente 07

Se suas vias respiratórias não funcionarem 08

Quando pode ser necessário fazer a traqueostomia 08

Tubo traqueal 09

Dúvidas com o cuidado da traqueostomia 09

Mantendo sua traqueostomia e ímola 09

Seu protetor de cânula 10

Ímola e nebulizações 10

Ímola identificação 10

Apreendendo a se comunicar 10

Comer usando cânula de traqueostomia 11

Vivendo sua rotina 11

Quando a cânula de traqueostomia for retirada, a abertura da operação se fecha? 11

Obtendo um suporte 11

Após a leitura desta cartilha, como você irá receber informações e esclarecimentos 11

O ambulatório de Enfermagem da Seção de Cabeça e Pescoço está localizado a Rua do Riozinho, nº 128, o laboratório de segurança a avenida dos Irmãos 118.

**Se suas vias respiratórias não funcionarem**

Em alguns tipos de câncer, a presença de um coágulo na garganta pode dificultar a chegada de ar aos pulmões. Esse coágulo surge devido a um tumor localizado na laringe. Nesse momento você precisa fazer a traqueostomia, que é a abertura da traqueia para a colocação de um tubo por onde o ar passará a virar-se em inspirações.

**Quando pode ser necessário fazer a traqueostomia?**

Quando o paciente com tumor na garganta sente muita dificuldade para respirar, principalmente ao deitar, pode ser necessário recorrer à traqueostomia.

**Cânula de traqueostomia**

É um tubo de plástico ou de metal desenvolvido para sustentar a sua respiração. Após a traqueostomia, é por meio deste tubo que o ar entra e sai do pulmão.

**As partes da Cânula de traqueostomia**

As partes que compõem a cânula de traqueostomia de metal dividem-se em cânula e subcânula. É muito importante mantê-las sempre limpas e livres de obstruções, para evitar bloqueios e a entrada de acúmulo de secreções e muco ciliar. Para isso, é com atenção as orientações a seguir. O seu médico assistente dará, durante a estadia do ambulatório do hospital onde é tratado.

**Cuidados com o cuidado**

- Lavar o cuidado que prende a cânula ao redor do pescoço sempre que estiver sujo.

- Para sua segurança, primeiro coloque o cuidado limpo, amarelo e com dois dias de validade no seu pescoço.

- Não toque a cânula enquanto a cânula puder sair e em caso de tosse, por exemplo.

**Protetor de cânula de traqueostomia**

Recomendamos o uso do protetor de cânula para evitar quedas e impactos. O protetor é usado no redor do pescoço cobrindo a cânula.

**Ímola e nebulizações**

É comum ter tosse após a traqueostomia. Isso se deve às partículas de pó que entram pelo orifício da traqueostomia e são eliminadas pela tosse. Muitas vezes, a subcânula pode ser o suficiente para evitar esse tipo de tosse. Caso isso aconteça, lave-a com água e sabão e recolha-a dentro da cânula.

Procure fazer nebulizações para evitar o ressecamento das vias respiratórias. As nebulizações devem ser realizadas somente com soro fisiológico ou conforme prescrição médica. Faça-as três vezes ao dia e sempre que necessário. Durante a nebulização, coloque a ímola de nebulizador no pescoço em direção à cânula de traqueostomia.

**Usando identificação**

Se qualquer vez puder usar uma identificação, dizendo que respira pela cânula de traqueostomia. É importante que as pessoas saibam disso em caso de emergência.

**Aprendendo a se comunicar**

Ter uma traqueostomia significa aprender novas maneiras de se comunicar com os outros. O enfermeiro e o fonoaudiólogo o ajudarão a aprender novas formas de falar.

**Caso você possa falar**

Quando é realizada a traqueostomia, mesmo com a colocação da cânula, você continuará com suas cordas vocais. Portanto ainda poderá usá-las para falar. Nesse caso, quando for falar, cubra a saída da cânula de traqueostomia com o dedo, como mostra a figura ao lado.

**Caso você não possa falar**

Comunique-se com gestos com amigos e familiares. Use também expressões faciais, como um sorriso, por exemplo. Cuidado sempre: uma risada é um risco para se comunicar.

**Comer usando cânula de traqueostomia**

Você pode comer qualquer tipo de alimento, desde que não seja muito quente ou muito frio.

**Leia alguns alertas importantes:**

- Mantenha-se hidratado, quando estiver se alimentando.
- Procure comer devagar, mastigando bem antes de engulir.
- Beba muita água. Ela ajuda na sua hidratação.
- Caso ocorra a saída de comida pelo orifício da cânula de traqueostomia, interrompa a identificação e procure o setor de emergência do hospital.

**Anotações importantes**

O ambulatório de atendimento médico da Seção de Cabeça e Pescoço está localizado no térreo do prédio do HCT, L. Funciona de segunda a sexta-feira de 8h às 18h.

O Serviço de Pronto Atendimento do Hospital do Câncer (INCA) está localizado no térreo e funciona 24 horas por dia.

**Reunidos de orientação aos familiares e cuidadores**

Nos hospitais do INCA, há reuniões com os acompanhantes, orientados por profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fonoaudiólogos, entre outros. É muito importante que os acompanhantes e cuidadores se orientem sobre o cuidado com o paciente na hospitalização sempre que houver necessidade, principalmente quando estiver em casa ou fora do hospital. Peça a algum membro da nossa equipe o folheto nº 2002, com as dicas, histórias e locais onde acontecerão essas reuniões. A participação de todos é muito importante para o bem-estar do paciente.

**Telefones úteis:**

- Hospital do Câncer (INCA) (21) 2506-6000
- Ambulatório de Enfermagem da Seção de Cabeça e Pescoço - sala de consultas (21) 2506-7024 / 2506-7054
- Ambulatório de Atendimento Médico (21) 2506-6249 / 2506-6326
- Enfermagem - Seção de Cabeça e Pescoço (21) 2506-6245
- Serviço de Pronto Atendimento (Emergência) (21) 2506-6079

**Vocabulário**

Veja abaixo alguns termos que você usará ou ouvirá com frequência durante o tratamento:

- **Batimento** - Quando a corrente de ar que segue entra na traqueia.
- **Laringe** - Também chamada de caixa da voz. Ela fica localizada na garganta e contém duas cordas vocais, que são responsáveis pela nossa fala.
- **MEMBRÃO** - É um líquido geloso produzido pela parede das vias aéreas, que, em um modo geral, chamamos de "saramão".
- **Trilete** - Bateria, pequena ou grande abertura.
- **Trilete** - canal que comunica a laringe com os brônquios.

Figura 1 – Apresentação ilustrativa do material educativo traqueostomias orientações aos pacientes.

## 1.2. Tese, objeto, questões norteadoras e objetivos da pesquisa

Esta **tese considera que**: A construção do material educativo a partir das evidências científicas e com a participação dos homens contribui para o cuidado da saúde e para a qualidade de vida.

Tem como **objeto de estudo**: A necessidade de cuidado e qualidade de vida de homens em tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior.

Diante disso, formularam-se as seguintes **questões norteadoras**:

- Quais são as necessidades de cuidado para a saúde do homem com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico do trato aerodigestivo superior?
- Quais são os domínios afetados na qualidade de vida do homem em tratamento cirúrgico oncológico?
- Quais os conteúdos necessários de cuidado à saúde e qualidade de vida para construção de um material educativo ao homem em tratamento cirúrgico oncológico?

A partir dessas questões, foram alcançados os seguintes **objetivos da tese**:

- Identificar as necessidades de cuidado e qualidade de vida do homem antes e após o tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior.
- Avaliar os domínios que afetam a qualidade de vida do homem em tratamento cirúrgico oncológico, utilizando o questionário específico da Universidade de Washington (UW-QOL), versão 4.0 Brasil.
- Relacionar as necessidades de cuidado da saúde com os domínios afetados com a qualidade de vida do homem em tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior.
- Construir uma cartilha educativa sobre o cuidado das necessidades de saúde e qualidade de vida do homem em tratamento cirúrgico oncológico.

### 1.3 Relevância e Justificativa da Pesquisa

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) aponta a atenção oncológica como umas das prioridades, pois o câncer apresenta alta taxa de morbimortalidade masculina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As doenças e os agravos não transmissíveis (DANT) como o câncer são os principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população mundial, principalmente nos países de baixo e médio desenvolvimento. As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Mundialmente, para o ano de 2018, estimam-se 37.160 novos casos de câncer da cavidade oral e faringe em homens. Para o câncer de laringe, serão diagnosticados 10,49 casos. No Brasil, estimam-se 11.200 novos casos de câncer de cavidade oral em homens. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição. Para o câncer de laringe, estimam-se 6.390 casos novos com risco estimado de 6,17 casos a cada 100 mil, ocupando a oitava posição (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOEMS DA SILVA 2017).

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pelas contribuições nos campos do conhecimento técnico e científico na área da Saúde, Enfermagem Geral e Oncológica e por evidências de hiato na literatura consultada.

Castro e Tocantins (2010) destacam a importância de se investigar a concepção da necessidade que fundamenta a prática profissional do enfermeiro com a população masculina no exercício assistencial deste grupo, pois são escassos os estudos com a temática Saúde do Homem e cuidado da saúde.

Há evidências de que o tabagismo figura entre os maiores fatores de risco para o aparecimento do câncer, por conter um nível elevado de substâncias tóxicas consideradas agentes cancerígenos responsáveis pelo desenvolvimento de neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior. De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10), essas neoplasias podem surgir nos seguintes locais: nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, cavidade oral e laringe, quando associado ao álcool, o tabagismo representa um risco maior (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Em 2030, a estimativa global será de 27 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população mundial (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

#### **1.4 Estado da arte aproximado à temática**

Um recorte histórico se faz necessário para a síntese e a análise do conhecimento científico da Enfermagem na temática Saúde do Homem, neoplasias do trato aerodigestivo superior e qualidade de vida. No final do ano 1980 surgiram os estudos sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, mostrando diferenças, como, por exemplo, maior mortalidade masculina em todas as idades (LAURETTI,2005; MOURA,2012).

No Brasil, os estudos acerca de masculinidades começaram a ganhar visibilidade somente no final da década de 1990. Os estudos abordavam temas diversos indicando o reconhecimento de diferentes necessidades de cuidado da saúde da população masculina (CONNELL,1995;GOMES,2008). No século XX, começou a ser abordada, em uma perspectiva diferente, a singularidade do saudável e do doente. Desde 1992, em 15 de Julho, comemora-se o Dia do Homem, por iniciativa da Ordem Nacional dos Escritores Brasileiros, com o objetivo principal de melhorar a saúde, especialmente dos jovens, a relação e a igualdade entre os gêneros.Em 1999 foi determinado que todo dia 19 de novembro comemora-se o Dia Internacional do Homem, o que trouxe um novo significado de saúde integral para a população masculina do mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE,2008)

Tais reflexões nos leva a pensar e tornam possível a seguinte questão de pesquisa: O tratamento cirúrgico em homens com neoplasias do trato aerodigestivo superior, comparado com o não tratamento, pode interferir na qualidade de vida?

Nessa perspectiva foi realizado um levantamento bibliográfico como método de pesquisa, buscando estudos nas bases de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os descritores controlados pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) saúde do homem, neoplasias de cabeça e pescoço, qualidade de vida e Enfermagem, e o operador booleano and para a junção dos descritores MeSH (Medical Subject Headings) men's health, head *and* neck neoplasms, quality of life *and* nursing.



Para levantamento desses dados bibliográficos elegeu-se o recorte temporal de 10 anos (2007-2017) pelo lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em agosto de 2008, Ministério da Saúde, Brasil.

No portal PubMed, US National Library of Medicine National Institutes of Health, priorizou-se o MeSH na base de dados Medline, sendo recuperado um total de 52 artigos; contudo, somente oito artigos foram selecionados, pois no restante dos artigos a temática era sobre tratamento radioterápico isolado e combinado, antes e após a cirurgia.

Na Biblioteca Virtual de Saúde na base de dados Lilacs empregaram-se os descritores disponíveis no Decs, e foram captados cinco artigos e selecionados três a respeito da temática, com total de 11 artigos selecionados para a amostra. Analisando os 11 artigos selecionados, o Brasil foi o país com menor número de publicações, com três. Nas publicações internacionais, Alemanha e Escócia publicaram um artigo cada uma, e Inglaterra e Estados Unidos, três artigos cada uma, totalizando oito. O Quadro 1 apresenta a distribuição de publicações que dobraram em relação aos outros anos.

No que se refere aos tipos de estudos, observou-se que no Brasil houve uma incidência pelas pesquisas descritivas-exploratórias. As publicações internacionais mostraram a predominância pelos estudos epidemiológicos com ênfase nas consequências nos aspectos psicossociais que as neoplasias de cabeça e pescoço acarretam para o paciente, sendo do tipo ensaios clínicos randomizados, estudos com desenho transversal retrospectivo e desenho quase experimental.

Nesse sentido, a Enfermagem brasileira ainda desenvolve estudos que geram hipóteses, ao passo que, em outros países, os pesquisadores testam as hipóteses, como é o caso dos ensaios clínicos, dando visibilidade nos resultados da pesquisa.

A discussão da temática no contexto brasileiro refere-se a um tema recente, porém em constante expansão. Entretanto, a construção de serviços e estratégias em saúde voltadas para a população masculina ainda se configura como um importante desafio, seja para os gestores e profissionais de Saúde, seja para as instituições de formação e educação profissional na Saúde e na Enfermagem.

**Quadro 1** - Distribuição dos estudos selecionados entre os anos de 2007 e 2017

<b>Tipo de estudo</b>	<b>País e Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico e Autores</b>
Estudo transversal retrospectivo	England, 2008	Changes in satisfaction with appearance and work status for patients with head and neck tumors	J Clin Nurs Liu, He
Estudo prospectivo	United States, 2009	Impact of an integrated care program for patients with head and neck cancer on the quality of care	Head Neck Ouwens, MM et al.
Revisão integrativa estudo descritivo exploratório	Brasil, 2010	Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana.	Rev. Eletr. Enf. Zandonail AP, et. al
Estudo descritivo exploratório	United States, 2012	Body image reintegration and coping effectiveness after head and neck surgery: a review.	ORL Head Neck Nurs Pandian V, Miller C.
Estudo clínico observacional exploratório	Scotland, 2012	Assessing the feasibility of using acupuncture and moxibustion to improve quality of life for cancer survivors with upper body lymphedema.	Eur J Oncol Nurs de Valois BA, Young TE, Melsome E.
Estudo com desenho quase experimental.	Germany, 2013	Nurse-led follow-up care for head and neck cancer patients: a quasi-experimental prospective trial.	Support Care Cancer. de Leeuw J, Prins JB, Teerenstra S, Merckx MA, Marres HA, van Achterberg T.
Estudo prospectivo	Brasil, 2013	Qualidade de vida de pacientes com carcinoma em cabeça e pescoço	Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Filho, MR de Melo, et.al
Estudo de corte transversal	Brasil, 2013	Análise da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe em hospital de referência na região Sudeste do Brasil	Rev. CEFAC. Maciel, CTV, et, al.
Estudo descritivo exploratório	United States, 2014	The experiences of patients with head and neck cancer who require major surgery	Cancer Nurs Parker V, Bellamy D, Rossiter R, Graham V, Britton B, Bennett L, Giles M.
Estudo descritivo exploratório	England, 2016	Quality of life considerations in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines.	J Laryngol Otol. Rogers SN, et al.
Ensaio clínicos randomizados	England, 2016	Individualized quality of life as a measure to guide treatment choices in squamous cell carcinoma of the head and neck.	Oral Oncol. Licitra L. et al.

Tanto as bases de dados revisadas quanto a literatura que serviu de base para a realização do estado da arte apontam para questões fundamentais sobre saúde do homem: as neoplasias do trato aerodigestivo superior e qualidade de vida, destacando que o diagnóstico tardio interfere na escolha do tipo de tratamento, sendo comum o uso de tratamento combinado e mais agressivo, acarretando consequências como estéticas e funcionais, por exemplo, que influenciam na qualidade de vida. Dessa forma, é necessário conhecer os domínios que podem influenciar na vida diária para uma abordagem de cuidados visando à atenção integral ao paciente.

Outra questão evidenciada no estudo realizado nos Estados Unidos, em 2009, foi que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço enfrentam dificuldades em comer, mastigar, beber, respirar, falar, bem como mudanças na aparência, simultaneamente com disfunção psicossocial, que pode ter um impacto na qualidade de vida. Embora seja um fenômeno bem conhecido, pouco se sabe sobre os fatores que influenciam a disfunção psicossocial do paciente com neoplasias de cabeça e pescoço, e menos ainda sobre o cuidado efetivo da disfunção psicossocial.

A literatura brasileira baseada em evidências ainda não é insuficiente para fornecer orientação e atender às necessidades físicas e psicossociais complexas e duradouras do paciente devidas ao câncer e ao tratamento. Os estudos brasileiros disponíveis pulverizam a temática sem se aprofundar no assunto, o que difere da literatura internacional, que apresenta um desenho de estudo bem delineado.

Com base nos estudos encontrados, tornam-se evidentes a importância e a necessidade no incremento da produção científica sobre a saúde do homem. Em razão da lacuna existente sobre esta temática, faz-se oportuno o desenvolvimento desta pesquisa.

Quanto ao papel da Enfermagem, esta deve contribuir no avanço do conhecimento da população masculina sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como as neoplasias do trato aerodigestivo superior.

### **1.5 Contribuições da pesquisa**

Pretendeu-se com este estudo contribuir com a sociedade na área da prevenção, promoção da saúde, pesquisa, ensino e assistência de Enfermagem Oncológica e áreas afins, trazendo ao contexto novos conhecimentos científicos de Enfermagem, saúde, doença e cuidado. Além disso, buscou-se reforçar o debate do cuidado na perspectiva da saúde e

qualidade de vida do homem com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico.

Este estudo gerou novos conhecimentos no campo da saúde e da Enfermagem, na medida em que elucidou questões que envolvem o homem no processo saúde-doença-cuidado, assim como na prática clínica de cuidado a partir de situações vivenciadas e de novos dados da pesquisa. Além disso, contribuiu para o campo de pesquisa e ensino, com discussões sobre a necessidade de cuidado com foco nas pesquisas de Enfermagem e da Saúde, abrindo caminhos na construção do material educativo de cuidado para a saúde do homem.

É de grande importância incorporar estudos e pesquisas na área da Saúde em geral e na área da Enfermagem Oncológica que contribuam para a melhoria das ações de cuidado, pois torna-se necessário um olhar holístico para a população masculina, colocando-a como sujeito do cuidado. As temáticas ligadas à Atenção Integral da Saúde do Homem na Educação Permanente das instituições de saúde brasileiras também devem ser incluídas.

Este estudo se destaca também por se inserir na linha de pesquisa Cuidado de Enfermagem Hospitalar, e contribui para a ampliação do conhecimento de Enfermagem gerado pelas pesquisas relacionadas.

Propõe-se a inserção de uma disciplina intitulada *Integralidade do Cuidado à Saúde do Homem com Câncer* na Residência Multiprofissional em Enfermagem em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, que vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além da criação de um ambulatório de Enfermagem voltado para o cuidado da saúde e qualidade de vida do homem com neoplasias do trato aerodigestivo superior e a construção de uma linha de pesquisa na linha do Cuidado de Enfermagem intitulada *Homem com Câncer e o Cuidado Integral à Saúde* para o ano 2018-2020.

O Capítulo 2 apresenta as bases teóricas para o desenvolvimento desta pesquisa.

**Terapia do Trabalho**

Estabeleça metas realizáveis e reconheça quando conseguiu alcançar cada uma.

Reserve um tempo para alegrar-se consigo mesmo e apreciar tudo o que você conseguiu realizar com êxito, sem se preocupar com o que ainda resta a fazer.

Grippio, D (2002).

Neste capítulo são apresentadas as bases teóricas dos cuidados de Enfermagem descritas por Coelho (1999, 2006, 2010), do “Cotidiano”, de Certeau (1984, 2008), das “Masculinidades”, de Connell (1995, 1997, 2000,2013) e Gomes (2006, 2008), e outros estudiosos da temática para subsidiar a investigação do homem com neoplasias de laringe, faringe e boca no processo saúde-doença-cuidado.

A fim de facilitar o entendimento do desenvolvimento desta pesquisa e fundamentar as discussões a respeito do objeto do estudo, torna-se necessária a abordagem da epidemiologia das neoplasias do trato aerodigestivo superior no mundo e no Brasil.

## **2.1 Epidemiologia das neoplasias de laringe, faringe e boca no mundo e no Brasil**

Entre os tumores de cabeça e pescoço, o câncer de laringe ocupa a primeira posição e representa o segundo tipo de câncer respiratório mais comum no mundo. É mais incidente em homens com idade acima de 40 anos. Segundo a estimativa mundial, ocorreram cerca de 34.780 mil casos de câncer de boca no ano de 2017. Desses, cerca de 80% foram em países em desenvolvimento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

Palefsky (2012) avaliou três estudos recentes em que pesquisadores examinaram questões relativas a atitudes masculinas e à aceitação da vacina contra o papilomavírus humano (HPV),

que está associado a vários tipos de câncer em mulheres e homens, incluindo o câncer cervical e o câncer de cabeça e pescoço. Os esforços da saúde pública para educar os consumidores sobre o HPV e a vacinação têm sido focados nas mulheres. No entanto, os autores dos artigos analisados sugere que a vacinação seria benéfica tanto para homens quanto para mulheres na redução da infecção do vírus causado pelo HPV.

Maciel (2012) estudou a morbimortalidade por cânceres da boca e faringe nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, encontrando registros de 1.963 internações e 229 óbitos. Os mais acometidos foram pessoas do gênero masculino (63,1%), da raça parda (47,0%), com idade entre 65 e 74 anos (58,5%), e a morbidade e a internação hospitalar foram maiores nas regiões de Recife e Maceió.

Freitas, Coelho e Menezes (2012) pesquisaram temáticas sobre a saúde do homem, masculinidade e a relação com o câncer de laringe, e evidenciaram a necessidade de os profissionais de Saúde atuarem de forma efetiva no cuidado aos homens com câncer de laringe

pela alta predominância de morbimortalidade da doença, associada aos estilos de vida e à masculinidade hegemônica imposta pela sociedade.

## **2.2 Masculinidades e o processo saúde-doença-cuidado**

No processo de construção conceitual da categoria gênero, os estudos sobre masculinidades só adquiriram destaque a partir do ano 1980, mas isso não quer dizer que, anteriormente, os homens não eram estudados.

Schraiber (2010) estudou relações entre masculinidades e cuidado em saúde, abordando o reconhecimento de necessidades dos homens usuários de atenção primária e respostas dos serviços. Os resultados apontam como a medicalização das necessidades de saúde marcaram usuários, profissionais e serviços, ocultando questões vinculadas à masculinidade. Permitindo caracterizar a atenção primária como voltada para as mulheres, reproduzindo no funcionamento dos serviços e nos desempenhos profissionais as desigualdades de gênero, em que para as mulheres há a disciplina do cuidado e para os homens, impropriedades para assistir e cuidar.

No Brasil, os estudos sobre masculinidades começaram a ganhar visibilidade no final da década de 1990, quando alguns estudiosos reivindicaram a necessidade de avançar na questão da população masculina, pois a discussão sobre masculinidades e a posição dos homens nos diferentes contextos socioculturais, como no espaço de cuidado à saúde, ampliaram-se, indicando o reconhecimento de diferentes necessidades da população masculina (CONNELL, 1995; GOMES, 2006).

A referência à pesquisadora Connell tem sido obrigatória quando se aborda este tema, pois as suas questões teóricas na análise das masculinidades foram pioneiras. Ela define masculinidade como a posição nas relações de gênero, as práticas pelas quais os homens e as mulheres se comprometem com essa posição e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura (CONNELL, 1995,1997, 2000).

O conceito de masculinidade hegemônica é atribuído partindo da concepção de hegemonia. Esta se baseia na configuração relacional das práticas de gênero que são aceitas socialmente, estabelecendo e assegurando as posições polarizadas de dominantes e dominados, reveladas pela subordinação entre os sexos; não se refere aos indivíduos poderosos, mas a um tipo de masculinidade tida por exemplar, tem aspecto ideológico, no sentido marxista do termo, pois naturaliza as diferenças entre os sexos, encobrendo, assim, a construção sociocultural das hierarquias de gênero (CONNELL, 1995; GOMES, 2008).

Para Connell (1997, 2000), gênero é uma forma de ordenamento das práticas sociais. Nos processos de gênero, a vida cotidiana se organiza em torno de um cenário. Os diferentes tipos de masculinidades encontram-se imbricados no processo saúde doença-cuidado vivido pelos homens, que devem ser considerados na busca de adesão deles aos serviços de saúde.

Estudiosos da temática sobre a saúde do homem consideram que os homens padecem de doenças devido à relação entre a construção das masculinidades e o comprometimento da saúde. Os homens dão atenção excessiva ao trabalho, o qual ocupa um papel importante na sua vida cotidiana, e são provedores da família, o que ocasiona vários problemas em relação à promoção da saúde (NASCIMENTO, 2011; GOMES, 2008).

O reconhecimento de que entram no Sistema Único de Saúde por meio da atenção especializada faz com que se perceba a consequência do agravamento das morbimortalidades pela ausência de cuidado clínico na atenção da saúde masculina no tocante à prevenção das neoplasias de laringe, faringe e boca.

Em relação à busca por cuidado de saúde, estudos identificam algumas barreiras para a ausência e a invisibilidade masculina no cenário de cuidado, como: compreender a invisibilidade do homem no cotidiano da assistência; enfrentar dificuldades na busca por atendimento à saúde; e referir as atividades laborais como dificuldade para frequentar os serviços de cuidado de saúde (COUTO, 2010)

Neste sentido, observa-se que a construção das masculinidades imposta pela sociedade contemporânea influencia na decisão em buscar ou não o serviço de saúde, visto que há uma tendência em priorizar o trabalho, considerando como primordial para a manutenção da função de provedor, colocando em risco a saúde, a vida.

Assim, à Enfermagem, que tem como elemento central o cuidado ao ser humano, cabe atuar na educação da saúde do homem em todas as faixas etárias a fim de informá-lo e incentivá-lo a procurar assistência de cuidado de saúde.

### **2.3 Neoplasias do trato aerodigestivo superior e a modalidade de tratamento cirúrgico oncológico**

O paciente com câncer, além de se descobrir com uma doença que ameaça a vida, precisa lidar com o impacto do tratamento sobre aspectos funcionais e estéticos, pois a região da cabeça e do pescoço constitui o sítio anatômico de funções básicas relacionadas à interação social, como a fala, a deglutição e a mastigação, que são de importância vital para uma pessoa (VOLKWEIS, 2014).



A modalidade cirúrgica quase sempre associada à radioterapia apresenta-se como as modalidades primárias de tratamento do paciente com neoplasia de laringe, faringe e boca. O tratamento é considerado curativo quando indicado no início do desenvolvimento do câncer, pois se trata de um tratamento radical que compreende a remoção da lesão primária com margem de segurança, tornando necessária a retirada de linfonodos das cadeias de drenagem linfática a fim de prevenir metástases cervicais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2007).

A recomendação de esvaziamento cervical planejado independente de resposta clínica é confirmada pelas altas taxas de doença residual observadas nas peças cirúrgicas no procedimento cirúrgico e pela sobrevida. A remoção de parte do órgão da laringe resulta na perda parcial do componente vibratório da fonação, acarretando alterações funcionais com diminuição das ondas sonoras (GALBIATTI, 2013).

Além disso, o termo técnico de esvaziamento cervical ou linfadenectomia cervical é a ressecção sistemática de linfonodos, que são divididos em seis níveis, e do tecido fibrogorduroso adjacente dos compartimentos do pescoço, utilizado para erradicar metástases regionais do pescoço que se originam das lesões que acometem os sítios mucosos do trato aéreo-digestivo superior, em particular a cavidade oral, faringe e laringe (BRANDÃO, 2011).

Os esvaziamentos cervicais são subdivididos em dois tipos: o primeiro esvaziamento cervical radical clássico e o segundo esvaziamento cervical radical modificado. No primeiro, as três estruturas como o nervo espinhal, a veia jugular interna e o músculo esternocleidomastóideo são removidas no procedimento cirúrgico, e, no segundo, essas estruturas são preservadas (JAEGER, 2013).

Além disso, o procedimento cirúrgico de laringectomia parcial afeta a fase faríngea da deglutição, provocando diminuição da proteção da glote. Nesse processo, a respiração torna-se um risco até o paciente aprender a técnica de deglutição orientada e supervisionada pela fonoaudióloga e enfermeira (BRANDÃO, 2011).

As cirurgias de boca, língua ou palato provocam alterações na capacidade de articular uma fala inteligível. Afetam a fase oral preparatória e oral da deglutição, o que resulta em incapacidade de deglutir a saliva, diminuição da mastigação e facilidade de broncoaspiração (MARQUES, 2017).

Nesse contexto, o dano provocado pela doença e pelo tratamento cirúrgico oncológico ao homem, em termos de disfunção fisiológica e alterações da imagem corporal, necessita de cuidados de enfermagem, específicos para promover a adaptação e a qualidade de vida.

Devido ao impacto do tratamento cirúrgico, as atitudes de atenção e cuidado da equipe de Saúde tem influenciado na adaptação do homem à nova realidade de vida. Torna-se fundamental a descrição dos termos técnicos dos procedimentos cirúrgicos, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde (SIGTAP-DATA SUS,2016). A seguir, o Quadro 2 apresenta a definição dos procedimentos cirúrgicos em Oncologia.

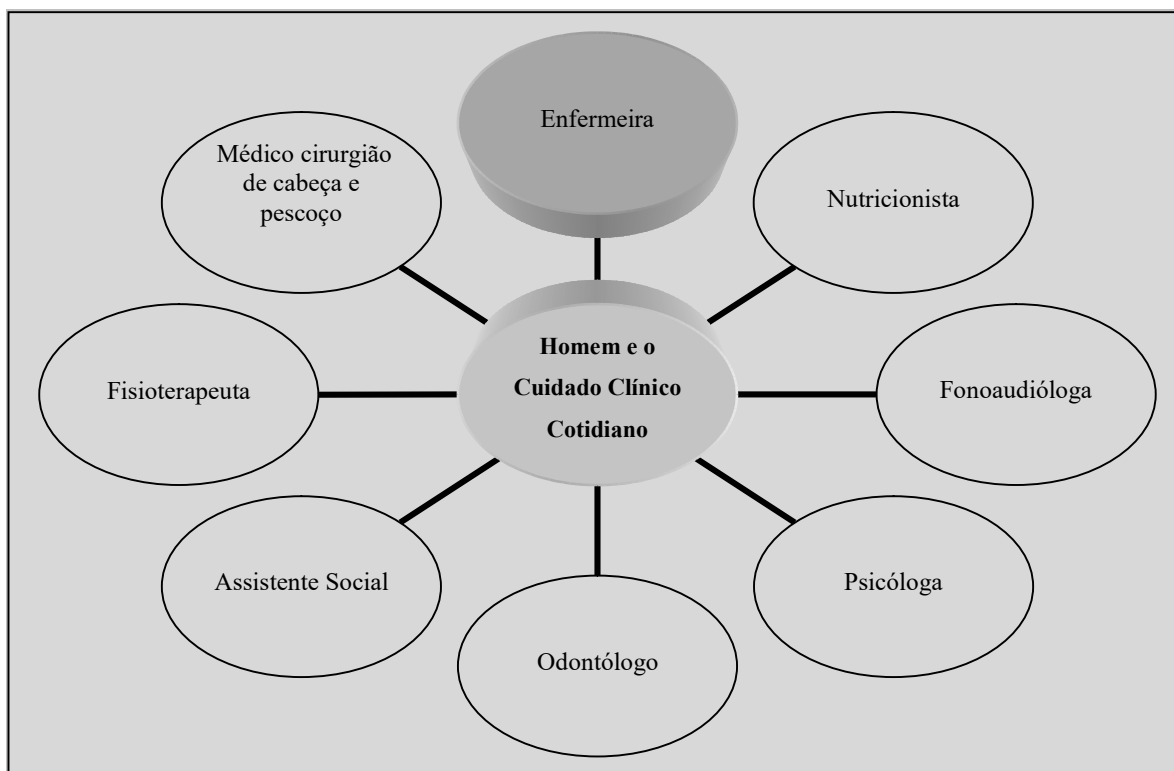
Quadro 2 – Apresentação dos termos técnicos usados nos procedimentos cirúrgicos

Neoplasias do trato aerodigestivo	Procedimentos cirúrgicos	Definição de termos técnicos
Neoplasia de Faringe	Amigdalectomia	Ressecção parcial da faringe por tumor maligno, com ou sem traqueostomia. Como procedimento sequencial linfadenectomia cervical unilateral, os procedimentos são excludentes entre si
	Faringectomia parcial	Ressecção total da faringe por tumor maligno. Inclui traqueostomia. A linfadenectomia cervical e a cirurgia plástica são excludentes entre si.
Neoplasia de Boca	Glossectomia com plectomia	Ressecção de assoalho bucal, língua e mandíbula inclui traqueostomia com linfadenectomia cervical unilateral. Cirurgia plástica excludente entre si.
	Glossectomia parcial	Ressecção parcial da língua com ou sem traqueostomia com linfadenectomia cervical unilateral
	Hemimandibulectomia parcial	Exerece de segmento tumoral, ósseo ou partes moles, podendo haver rotação de retalhos e ressecção de tecido ósseo.
	Maxilectomia parcial	Ressecção parcial do osso maxilar superior com ou sem ressecção de órbita homolateral ou esvaziamento orbitário. A linfadenectomia cervical unilateral e a cirurgia plástica são excludentes entre si.
	Mandibulectomia parcial	Ressecção composta de linfadenectomia e mandibulectomia em continuidade com a retirada do tumor primário.
Neoplasia da laringe	Laringectomia parcial horizontal supraglótica	Ressecção de todo o segmento supraglótico, cartilagem tireoide e pexia da laringe remanescente na base da língua. Com linfadenectomia cervical unilateral. Traqueostomia temporária
	Laringectomia parcial vertical frontolateral	Ressecção parcial da cartilagem tireoide, da falsa corda, da prega vocal acometida. Pode chegar a cartilagem aritenóide e parte da corda vocal contralateral a lesão. Traqueostomia temporária.
	Laringectomia parcial supracricóide com crico-hioidopexia	Ressecção de toda a cartilagem tireoide, das duas pregas vocais e segmento supraglótico parcial, preserva o osso hioide e a aritenóide, realiza a pexia da cartilagem cricoide no osso hioide.

Fonte: Disponível em: < <http://www.sigtap.datasus.gov.br> >. Ministério da Saúde. Acesso em: 18 mar.2016

## 2.4 Cotidiano e cuidado clínico da saúde do homem nas implicações orgânicas do tratamento cirúrgico

Os homens adultos com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico comparecem diariamente às consultas de seguimento ambulatorial onde recebem Cuidado Cotidiano da equipe da área da saúde, como apresentado na Figura1:



**Figura 2** - Apresentação do cotidiano e a roda de cuidado clínico à saúde do homem.

A roda de cuidado cotidiano caracteriza-se pelo cuidado independente e interdependente, para realizar o cuidado de: confortar, ouvir, orientar, higienizar o corpo, identificar as necessidades humanas básicas, chamar pelo nome próprio, respeitar a individualidade, olhar de forma holística, ajudar no ato de alimentar e o toque terapêutico, e tantos outros cuidados.

---

A intervenção do cuidado clínico de enfermagem caracteriza-se como tratamento preventivo e curativo realizado por um enfermeiro, baseado em julgamento e conhecimento clínico, para melhorar os resultados de recuperação de saúde do paciente (BULECHEK, 2010).

A roda de cuidado depende da intercorrespondência com outros profissionais da área da saúde para acontecer. Precisa do cuidado de relação integrada enfermeiro-paciente e do cuidado de compô-lo com base em princípios filosóficos e teóricos no campo do cuidado de Enfermagem e de Saúde para promover a recuperação da sua saúde.

Por outro lado, o cuidado interdependente caracteriza-se pela integração da equipe multiprofissional da área da saúde para proporcionar o cuidado integralizado. O cuidado em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer, é ajudar quando se encontra parcialmente impossibilitado de cuidar-se, orientar, ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais da área da saúde.

Os cuidados de enfermagem podem ser considerados em três campos de ação distintos: ação específica, ação de interdependência e ação social. Ação específica é o cuidado do ser humano no atendimento às suas necessidades de saúde. A ação de interdependência envolve aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, e a ação social é o cuidado voltado para área do ensino e da pesquisa (HORTA, 1979).

Ressalta-se que foi utilizada a Tipologia de Cuidado de Enfermagem, para nortear o planejamento do cuidado cotidiano na consulta de Enfermagem (COELHO, 1999).

O cuidado inicial abrange o cuidado admissional, perpassando pelo cuidado do corpo modificado pelas alterações funcionais e estéticas relacionadas ao procedimento cirúrgico. Há também o cuidado da imagem corporal, que é alterada pela presença da cânula de traqueostomia e da sonda gástrica para alimentação, considerada de sobrevivência da vida humana, o chamar pelo nome próprio e o cuidado da alta hospitalar. Assim, cuidado significa:

[...] A ação imediata prestada pela enfermeira ou algum elemento da equipe, técnico ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos, envolvendo segurança e competência, aliado a tecnologia específica que a situação exige [...] (COELHO, 1999, p. 15)

Dessa forma, torna-se necessário estruturar um sistema, utilizando os conceitos de cuidado ao homem com implicações orgânicas relacionadas ao tratamento cirúrgico oncológico aliado ao referencial teórico de Certeau (2008).

[...] O cotidiano inventa-se com mil maneiras de fazer, caracteriza-se por ser construído a todo momento, de uma forma própria, destaca-se com os mínimos detalhes contidos em todo dia, explica que o presente inventa o antes e o depois, formando a existência do agora, que é a presença do mundo[...].

O ambiente hospitalar é estressante, barulhento, com normas e rotinas próprias, pois, neste ambiente, o paciente perde, em geral, a identidade, privacidade e percepção de

liberdade. A hospitalização traz sentimento de insegurança, que se acentua quando estão em seguimento cirúrgico (PASSOS, 2011).

Outro estudo de Coelho (2010) evidenciou quinze mil cuidados no cotidiano na prática de cuidar no ambiente do paciente hospitalizado por doença crônicas e agudas não transmissíveis, caracterizando os cuidados desde a entrada até a alta hospitalar, como movimentação do cuidado, condição clínica e cirúrgica do paciente, entre outros.

Estudos evidenciaram que a assistência de enfermagem ao paciente em tratamento oncológico exige um conhecimento técnico e científico complexo dos cuidados prestados numa abordagem multiprofissional que devem ser direcionados à integralidade do homem, considerando os aspectos físicos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos, pois durante o diagnóstico, o tratamento, a recuperação a manutenção da saúde e a reabilitação requererem resultados efetivos que promovam qualidade de vida aos sobreviventes do câncer do trato aerodigestivo superior (SANTANA, 2008 ; SILVA, 2011).

A PNAISH aponta que, para uma perspectiva da busca pela qualidade de vida e promoção do cuidado da população masculina, a integralidade do cuidado na atenção à saúde deve ser pautada em políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população masculina no acesso ao cuidado, considerando a complexidade e as abordagens no processo saúde-doença-cuidado em distintas dimensões biológica e social (OLIVEIRA, 2013).

A seguir são descritas das atividades da equipe multiprofissional no cuidado cotidiano a saúde do homem em seguimento ambulatorial no Hospital do Câncer I – INCA. RJ. Brasil.

Os homens comparecem ao atendimento de cuidado cotidiano com a equipe de saúde, com frequência no ambulatório de enfermagem. As consultas de enfermagem são realizadas diariamente, no turno da manhã e da tarde, por duas enfermeiras. O paciente inicia seu acompanhamento no ambulatório de consulta médica e, em seguida, passa para a consulta de enfermagem.

A agenda para consulta subsequente de enfermagem acontece a cada sete ou quinze dias, de acordo com a necessidade de saúde de cada paciente, mas o acesso ao ambulatório de enfermagem ocorre sempre que ele apresentar dúvidas ou sentir necessidade independente do agendamento.

A primeira consulta de enfermagem é realizada com preenchimento de um formulário específico de avaliação inicial direcionado às necessidades de saúde e cuidado que contempla: identificação da história clínica e pregressa, avaliação do estado emocional, nível de

consciência, nutrição, eliminação e troca, atividades e repouso, segurança, conforto e avaliação física. No final do formulário há um espaço para descrever as orientações dadas nas consultas e observações.

Registram-se as necessidades manifestadas pelo paciente como: dúvidas relacionadas ao tratamento cirúrgico, ansiedade diante do uso da cânula de traqueostomia e da sonda gástrica para alimentação, autoimagem e dificuldade financeira causada pela doença. Com base nos problemas relatados pelos homens, são estabelecidas as necessidades de cuidado da saúde e planejados os cuidados com alicerce em princípios filosóficos e teóricos do cuidado.

Nesse contexto, são realizadas as intervenções de Cuidado Cotidiano, iniciando-se pelo acolhimento, seguido por ações como: chamar o paciente pelo nome próprio, respeitar a individualidade, lidar com as prioridades masculinas, colocar-se no lugar do outro, escuta ativa e agregar sentido às mensagens verbais e não verbais; relação integrada enfermeira-paciente, explicar sobre o cuidado de enfermagem, compartilhar os cuidados necessários com outros profissionais da saúde, instituir os cuidados simultâneos, cuidar dos amigos, família e vizinhos, aferir sinais vitais, controlar a dor com a escala analgésica visual, realizar higiene da boca, da prótese e implante dentário com solução enxaguatória sem álcool, lavar as mãos antes e após realizar o cuidado, orientar sobre a necessidade de alimentação enteral, cuidado de pesar em jejum, realizar troca da cânula de traqueostomia metálica curta número seis, trocar o cadarço de fixação da sonda para alimentação, cuidado da autoimagem comprometida, observar sinais flogísticos no local da incisão cirúrgica, retirar pontos cirúrgicos na região do pescoço depois de quinze dias de procedimento cirúrgico, cuidado contínuo, dialogar sobre o cuidado em nível domiciliar e o cuidado na passagem das informações para familiares e amigos, informar os direitos da pessoa com câncer, informar alternativas de comunicação não verbal; a escrita, a mímica labial e gestos, orientar as modalidades de banho de chuveiro; colocar um plástico no pescoço em direção a cânula de traqueostomia; higienizar o cabelo e o couro cabeludo; e explicar a importância de comparecer as consultas de seguimento ambulatorial com a equipe de saúde.

Uma das atividades de cuidado diário está relacionada com ao encaminhamento aos serviços externos e internos do ambulatório de especialidades, referentes às necessidades de cuidado do homem, como assistente social, cardiologista, psicologia, fisioterapeuta, odontólogo, entre outros. Dessa forma, a integração no desenvolvimento das práticas de enfermagem entre os serviços são efetivos e contínuos, considerando a perspectiva de recuperação da saúde e do bem-estar.

Cita-se o estudo de Pinto (2012), que evidenciou a satisfação da equipe de enfermagem com as atividades relacionadas com a integralidade dos cuidados individuais, percebidas pelos profissionais como essenciais e, usualmente, praticadas no cotidiano. Assim, considera-se que a Enfermagem tem o comprometimento de desenvolver uma prática articulada ao princípio da integralidade, atendendo às necessidades de saúde da população masculina.

As intervenções de cuidado são combinadas, colocando-se o homem como sujeito do cuidado. Para isso, são dialogadas as facilidades e dificuldades do cuidado da saúde, tais como: dificuldade para higienizar a subcânula; a demora na infusão da dieta; medo de obstruir a sonda quando administrar o medicamento; bem como outras atividades relacionadas ao cuidado de si, seja por limitações físicas ou emocionais. Nessa etapa da consulta, sempre que possível, é feita a inclusão da família, amigos, vizinhos, ou pessoas mais próximas para orientá-la no cuidado.

O cuidado de enfermagem dialogado constitui uma estratégia de desenvolvimento de autonomia do paciente, podendo favorecer o cuidado da saúde, como a inclusão da família, que contribui para a promoção e a reabilitação (CORSO 2013).

Ao término da consulta, arquivam-se o formulário das necessidades de cuidado implementado no prontuário físico, para acompanhamento nas consultas subsequentes, pois as informações registradas no formulário contribuem para monitorar e avaliar as intervenções propostas nas consultas anteriores, as quais são contemplados o exame físico e a evolução de enfermagem. Logo, a consulta de enfermagem e a integração com equipe de saúde permite identificar as necessidades de cuidado e planejar, realizar as intervenções adequadas a cada necessidade, avaliar os resultados, e proporcionar segurança e bem-estar ao paciente.

Após a consulta com a enfermeira, o paciente é encaminhado ao ambulatório da nutricionista. No Cuidado Cotidiano integrado ao ambulatório da nutricionista, o homem em tratamento cirúrgico com alterações orgânicas causadas pelas cirurgias de laringectomia parcial, glossectomia parcial, entre outras, precisa da confecção de uma via de alimentação, como a instalação de uma sonda gástrica ou realização de uma gastrostomia endoscópica percutânea (GEP), que pode permanecer em média 30 dias. Nesse período, deve-se orientar para não ingerir nada pela boca, para ajudar no processo de cicatrização da ferida intraoperatória; orientar sobre a nutrição enteral que é utilizada na administração de nutrientes liquidificados, por infusão direta no estômago, e permanecer em acompanhamento nutricional.



O significado de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é a alimentação por tubo gástrico em longo prazo, um procedimento para criar uma abertura diretamente dentro do estômago onde a alimentação pode ser administrada de maneira direta. É mais seguro com anestesia local e pode ser realizado a nível ambulatorial, e as alimentações podem retornar dentro de 24 horas após o procedimento (GUYTON, 2002).

A instalação da sonda nasoenteral começa da narina e segue até o intestino. Por ter o calibre mais fino, causa menos trauma ao esôfago e fica posicionada diretamente no intestino. Para confirmação da posição da sonda no intestino, deve-se realizar uma radiografia de abdome simples (BRUNNER, 2015).

A avaliação do estado nutricional caracteriza-se pelo exame físico, medição dos dados antropométricos e avaliação do resultado do balanço entre a ingesta e a perda de nutrientes, uma vez que aproximadamente 50% dos pacientes admitidos nas unidades de internação hospitalar estão com desnutrição, que pode chegar a 80% em casos de neoplasias do trato aerodigestivo superior (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). A intervenção da nutricionista caracteriza-se pela triagem periódica do paciente e pelo traçado de um plano nutricional, considerando o risco de desnutrição. Caracteriza-se como um cuidado cotidiano ao homem em tratamento cirúrgico.

Um estudo mostrou que os efeitos da desnutrição aumentam o risco de complicações pós-operatórias, e estima-se que 57% dos pacientes com câncer do trato aerodigestivo superior apresentam perda ponderal antes do início do tratamento, pois durante o tratamento ocorrem processos hipermetabólicos que levam à perda de peso, com perda de massa muscular (OLIVEIRA, 2015)

Dessa forma, avaliar as necessidades nutricionais diárias e informar a programação da retirada da sonda gástrica após 30 dias de cirurgia em uma avaliação conjunta com a enfermeira, a nutricionista, o médico cirurgião e a fonoaudióloga, são medidas de um olhar holístico no cuidado cotidiano ao homem.

Após a consulta da enfermeira e da nutricionista, o paciente é encaminhado ao ambulatório da fonoaudióloga, a qual realiza avaliações e reabilitações nos distúrbios da fala, mastigação, deglutição e motricidade orofacial, decorrentes do tratamento cirúrgico nas neoplasias do trato aerodigestivo superior. O atendimento acontece no ambiente hospitalar no pós-operatório, quando o homem é orientado sobre as possíveis alterações funcionais relacionadas com a cirurgia e sobre o acompanhamento até a alta hospitalar, quando é encaminhado para consulta de seguimento ambulatorial (MANCOPES, 2013).

Para Carro (2017) os cuidados fonoaudiólogos ao paciente no ambiente hospitalar caracteriza-se pela segurança na deglutição e na comunicação de acordo com as necessidades e desejos do paciente. Avaliando, prevenindo, reabilitando e mantendo uma deglutição segura e prazerosa para diminuir o risco de broncoaspiração, melhorando a qualidade de vida relacionada à alimentação via oral e a comunicação.

Além disso, o paciente submetido à cirurgia de laringectomia parcial avaliam-se as principais alterações com implicações orgânicas como: aspiração dos alimentos; elevação da frequência da voz; manobras de deglutição supraglótica, com fechamento glótico forçado; realizar mudanças de posição de cabeça para evitar a aspiração e exercícios de escala vocal e elevação da laringe. Na reabilitação da fala orientam-se os exercícios de mobilidade dos lábios como protusão e exercícios de sobrearticulação, na reabilitação da mastigação inicia-se com a sensibilização; de oferecer por via oral alimentos de diferentes sabores, temperaturas e consistência, avaliando a facilidade e dificuldade no processo de mastigação (VIEIRA, 2009)

Nas cirurgias de ressecção parcial do maxilar e do palato duro, avaliam-se as alterações da mastigação, sucção e deglutição, pois, pode apresentar imprecisão articulatória, hipernasalidade e redução da inteligibilidade da fala, com necessidade de reabilitação fonatória com ênfase nos exercícios de precisão articulatória e restabelecimento do padrão de deglutição. A reabilitação com prótese obturadora é uma opção complementar de tratamento cirúrgico a reabilitação protética de paciente submetido à maxilectomia parcial bilateral para tratamento de neoplasia do palato que necessitou de da prótese obturadora que é a confecção de um dispositivo tipo mola com finalidade de restaurar a função mastigatória e melhorar a fala, deglutição e estética do paciente (AGUIAR, 2013).

A reabilitação fonatória integrada no Cuidado Cotidiano com seguimento ambulatorial promove benefícios na recuperação e reabilitação das funções vitais de sobrevivência, como a mastigação, a deglutição e a fala.

Após as consultas da enfermeira, nutricionista e fonoaudióloga, o paciente é encaminhado ao ambulatório da psicóloga.

No Cuidado Cotidiano integrado com a psicóloga, realiza-se o atendimento psicológico ao paciente no ambulatório. Paciente e família também podem requisitar acompanhamento psicológico por meio de abordagem direta ao psicólogo responsável.

As atividades realizadas inicialmente são individuais nos consultórios e durante o período de internação no ambiente hospitalar à beira do leito, em local reservado como uma sala de reunião disponível. Na primeira avaliação a psicológica segue um roteiro de entrevista

já existente na instituição de Saúde, que busca uma anamnese completa, avaliando o motivo da solicitação de atendimento, coleta dos dados de identificação, aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais.

A avaliação da psicóloga caracteriza-se em avaliar, acolher e escutar a fim de ajudar na adaptação do cuidado à saúde, pois cada paciente demanda uma abordagem individualizada. Propõe-se o apoio psicossocial e psicoterapêutico diante do impacto no diagnóstico do câncer do trato aerodigestivo superior e mostram-se estratégias de auxílio para o enfrentamento à nova realidade de vida aos sobreviventes do câncer (SCANNAVINO, 2013).

O cuidado da escuta ativa caracteriza-se como: acolhimento de dúvidas e anseios as necessidades psicossociais como ansiedade e depressão em situação de incerteza e fragilidade frente ao diagnóstico de câncer e o tratamento cirúrgico, respeitar a individualidade, identificar fatores individuais e subjetivos do sofrimento psíquico relacionado ao humor e ansiedade e avaliar a questão da autoimagem causada pela limitação advinda do tratamento cirúrgico pode causar dor física. Nesse sentido, estudo sobre acolhimento de pacientes oncológicos evidenciou que a comunicação é o fator primordial e acaba sendo o que inviabiliza o acolhimento do paciente, pois, todo cuidado e acolhimento tem relação com os aspectos físico, psicossocial e espiritual do paciente, sendo este cuidado baseado em uma abordagem de acolhimento humanístico e valorização da vida (SCHIMIGUEL, 2015).

Após as consultas da enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga e psicóloga, o paciente é encaminhado ao ambulatório da odontologia.

O odontólogo tem um protocolo de intervenção para as cirurgias na região da boca, como: extração dentária antes do procedimento cirúrgico; aplicação de flúor para a prevenção de cáries dentárias; e confecção de prótese dentária obturadora para cobertura do defeito cirúrgico no palato duro relacionado à cirurgia de maxilectomia parcial.

A cirurgia de maxilectomia parcial acarreta deficiência nos diferentes graus de funcionalidade na cavidade oral, como: a comunicação bucossinusal é frequente e precisa ser corrigida para evitar o refluxo nasal e a voz ser emitida de maneira legível. A reabilitação com a confecção e colocação da prótese obturadora é uma opção complementar de tratamento cirúrgico de acordo com o tamanho e a localização do defeito cirúrgico, que influenciam em restaurar a função mastigatória, a fala, a deglutição e a estética funcional do paciente (MIRRACCA 2007, CARVALHO 2009).

Na cavidade oral, é utilizado um obturador palatino, uma prótese parcial removível que substitui a área removida do tumor. Tem como função obliterar a comunicação

bucossinusal, possibilitando que as funções orais prejudicadas sejam restabelecidas, dando um suporte à face do paciente e permitindo que seu contorno volte à normalidade. O obturador palatino proporciona a reabilitação imediata das funções orais, é de fácil remoção e auxilia na recuperação física e psicológica do paciente (AGUIAR, 2013).

O cuidado de reabilitação biopsicossocial do homem com o uso da prótese obturadora palatina ajudar a devolver um rosto saudável, diminuindo as alterações faciais com implicações orgânicas deixadas pelo tratamento cirúrgico e permitindo que a imagem social seja preservada, Não precisam somente de tratamento curativo, mas de cuidado efetivo que permita reintegração social e a retomada da vida cotidiana.

Após as consultas com a enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga, psicologia, odontólogo, o paciente é encaminhado ao ambulatório da assistente social.

Os cuidados da assistente social constituem-se em encontrar recursos comunitários como: serviços de apoio; orientações sobre questões de seguro saúde e moradia durante o tratamento cirúrgico; informações sobre benefícios como auxílio doença; informações sobre os documentos necessários para o Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço; aconselhamento da obtenção de um relatório médico com validade de 30 dias para dar entrada em benefícios trabalhistas; orientações sobre o direito da aposentadoria por invalidez e o direito de acréscimo de 25% sobre a aposentadoria por invalidez; direito de benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), um benefício instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que visa garantir renda de um salário mínimo mensal ao idoso com mais de 65 anos e a pessoa de qualquer idade com deficiência física.

O assistente social informa ao paciente sobre: a garantia do tratamento oncológico caso ele resida em outro estado ou município, com garantia de transporte, hospedagem e alimentação; o vale social que assegura a gratuidade nos transportes intermunicipais de passageiros e intramunicipais; sobre trem, metrô e barca, destinados à pessoa com doença crônica com tratamento continuado, para a qual a interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida; o direito ao benefício do Riocard Especial assegurado pelo Município do Rio de Janeiro; o direito de prioridade na tramitação de processos, tanto judicial quanto administrativo, apresentando provas com um laudo médico das condições de saúde. As informações ao paciente são comunicadas verbalmente e por escrito, com fornecimento de um manual escrito impresso de Direitos Sociais da Pessoa com Câncer: Orientações aos Pacientes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

Depois das consultas com a enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga, psicologia, odontólogo e assistente social, o paciente é encaminhado ao ambulatório da fisioterapeuta.

O cuidado da fisioterapeuta tem como objetivo informar que a diminuição da atividade motora do ombro, braço e pescoço está relacionada com a cirurgia de esvaziamento cervical e que os exercícios com movimentos dos braços são importantes para a promoção da reabilitação física e motora, reduzem a dor e melhoram a funcionalidade da cintura escapular e do membro superior acometido pela cirurgia. O paciente é orientado a realizar os exercícios fisioterápicos duas vezes ao dia com a finalidade de impedir a redução da amplitude de movimento dos braços, contribuindo para diminuição das alterações funcionais do ombro. As intervenções de cinesioterapia são técnicas terapêuticas da fisioterapia motora que ajudam na recuperação do movimento do corpo, iniciando a movimentação ativa dos membros superiores para fortalecimento da musculatura do ombro (COSTA, 2007).

Após as consultas com a enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, odontólogo, assistente social e fisioterapeuta, o paciente é encaminhado ao ambulatório do médico.

O médico cirurgião de cabeça e do pescoço realiza a revisão ao paciente de cirurgia em seguimento ambulatorial em um intervalo de 7 dias; então a cada 15-30 dias; 2 meses; 4 meses; 6 meses, até chegar anualmente. O seguimento tem como finalidade acompanhar a recuperação de saúde e o controle dos sobreviventes das neoplasias do trato aerodigestivo superior.

A equipe multiprofissional de saúde cuida do homem com alterações orgânicas do trato aerodigestivo superior causadas pelo tratamento cirúrgico oncológico de maneira integralizada, considerando as necessidades psicossociais e elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba a satisfação de vida diária.

## **2.5 Cartilha educativa impressa com informações como cuidado de enfermagem e saúde**

O paciente, no ambiente hospitalar ou extra-hospitalar, tem a necessidade de informações oral e escrita sobre os procedimentos invasivos ou não, diagnósticos, terapêuticos e cuidados de saúde. Uma das estratégias utilizadas pelos profissionais da área da saúde para ajudar nestas situações é a construção, validação e distribuição de materiais educativos impressos como cuidado de enfermagem e educação para a saúde.

Um estudo caracterizou o material como um instrumento que facilita o ensino do paciente, uma vez que permitiu ao leitor uma leitura posterior, possibilitando a superação de

eventuais dificuldades através do processo de decodificação e de memorização (GONÇALES, 2008).

Para Echer (2005), o material educativo impresso são folhetos; panfletos; *folders*; livretos, cuja proposta é proporcionar informação escrita sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e cuidado de si, pois o conteúdo textual do material deve ser claro ao leitor, com a ideia central de cuidado à saúde, assegurando o entendimento.

O enfermeiro (a), no cuidado à saúde do homem, tem a reponsabilidade ética no ensino- aprendizagem de indivíduos e coletividade devendo selecionar o que precisam saber e encontrar o momento em que estarão prontos para aprender, assim como utilizar intervenções que assegurem a continuidade do cuidado de si. A enfermagem no âmbito da promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação na saúde do paciente dever buscar estratégias que facilitem a inclusão do homem ao serviço de saúde (SILVA,2015).

Estudos afirmam que informações escritas, no formato de materiais educativos, ajudam os pacientes no cuidado e na recuperação da saúde, uniformizam as orientações realizadas pela equipe de saúde, em especial a Enfermagem, e auxiliam o paciente a entender o processo saúde-doença-cuidado (GOZZO, 2012; MARINUS, 2014).

Em seu estudo, Santos (2012) analisou a recepção de materiais educativos por portadores de hanseníase atendidos na atenção primária de saúde no município do Rio de Janeiro, com o intuito de identificar a visão dos pacientes sobre os materiais, os significados e as representações deste grupo sobre a doença. Evidenciou que o uso dos materiais educativos nas atividades de grupo no serviço de saúde favoreceu a melhor compreensão de aspectos clínicos, psicológicos e socioculturais sobre a hanseníase e contribuiu para potencializar o diálogo entre os usuários e a equipe de saúde no cuidado com a vida.

Os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem orientam que, nas ações na atenção à saúde, alguns elementos como informações e orientações à população masculina são importantes para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades, como as doenças cardiovasculares e câncer, entre outros agravos recorrentes, além de estimular na população masculina, através da informação, educação e comunicação escrita, o cuidado com a saúde, disponibilizando materiais educativos impressos como um canal de comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A comunicação representa uma das principais ferramentas de cuidado ao paciente, indispensável à assistência em todas as áreas de atuação, pois a comunicação torna-se chave da prevenção e cuidado clínico à saúde.

O Ministério da Saúde, (1998) no “Guia de produção e uso de matérias educativas”, elenca os instrumentos que são utilizados como materiais de canais de comunicação, como: escritos (impressos, folhetos, cartilhas, cartazes e álbuns seriados), audiovisuais (filmes, vídeos, fitas gravadas, jogos de *slides*) e eletrônicos (como radio, televisão, CDROM).

Torna-se importante esclarecer que, no desenvolvimento desta tese, foi utilizada, como canal de comunicação para o cuidado à saúde do homem, a construção de um material educativo impresso em virtude da limitação apresentada pelos participantes da pesquisa no que se refere à semialfabetização evidenciada nos resultados do perfil sociodemográfico levantado nesse estudo. Dessa forma, o entendimento do material impresso torna-se mais fácil em decorrência das ilustrações.

A escolha do modelo de folheto educativo impresso funciona como potencial e complementar recurso para a adesão da população masculina no cuidado clínico à saúde e deu-se devido à quantidade de informações textuais e imagéticas que foram necessárias para melhor compreensão por parte do homem.

Estudo sobre desenvolvimento de um vídeo educativo como estratégia de ensino aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico, requer planejamento, seleção adequada de imagens, produção de textos de fácil entendimento, elaboração de um bom roteiro, assim como a combinação com a criatividade de transformar o desafio da transmissão da linguagem técnico-científica em mensagem adequada para o público-alvo. O enfermeiro, a partir da experiência clínica é capaz de desenvolver seu próprio material educativo, como no caso do vídeo educativo, facilitando o processo de educação em saúde e visando os benefícios proporcionados aos pacientes em tratamento oncológico, contribuindo assim para um tratamento eficaz e com a reintegração dos pacientes nas suas atividades cotidianas (RAZERA, 2014).

Nesse contexto, o profissional oncologista que lida com a informação em saúde precisa escolher e preparar a mensagem, determinando o melhor veículo de comunicação de modo a possibilitar efetiva interação e assegurar um cuidado clínico que atenda às necessidades de saúde integralizada visando às dimensões biológicas, sociais, emocionais e espirituais.

Freitas e Coelho (2009), em um estudo utilizando material educativo impresso sobre o cuidado com a traqueostomia, evidenciaram que o material impresso atendeu à necessidade de informação textual e imagética em relação ao cuidado à pessoa com traqueostomia.

Um estudo de construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde concluiu que o material colaborou na produção do conhecimento das mulheres que frequentavam a Unidade de Saúde ao se submeterem ao exame de Papanicolau e contribuiu para o recrutamento da população para a realização desse exame simples e indispensável para prevenção do câncer cervicouterino na população feminina (GONÇALES, 2008)

O uso crescente de materiais educativos, enquanto recurso de canais de comunicação no processo de educação em Saúde, criou novas possibilidades de interação entre o enfermeiro, o paciente e sua família. No entanto, ressalta-se que o manual educativo não substitui as orientações verbais fornecidas no cuidado de enfermagem, embora seja de valia para o reforço das recomendações. Assim, esse instrumento pode ser útil para ser consultado em domicílio, após serem dadas as orientações de cuidado com a equipe de saúde.

Deste modo, é fundamental saber que nenhum conhecimento é estático, que o conhecimento científico está em constante renovação, e que é necessária a atualização contínua de materiais educativos, para que não se perca o objetivo ao público-alvo, colocando o paciente como sujeito participativo no processo de construção e validação de matérias educativas impressos.

## **2.6 Considerações sobre o conceito de Qualidade de Vida**

Na década de 1960, o construto qualidade de vida passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva ou percebida pelas pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que a saúde não se restringe à ausência, mas engloba a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social.

Estado de saúde, estado funcional, bem-estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde são conceitos que costumam ser utilizados de forma alternada. Não existe um consenso adotado de qualidade de vida, porque o termo é usado em contextos diferentes por pessoas diferentes. Com isso, é pouco provável que uma definição seja apropriada para todos os indivíduos, havendo uma considerável concordância de que o construto da qualidade de vida é mais abrangente do que o estado de saúde, pois esta última é somente um domínio (FLECK, 2008).

Portanto, quando se pretende determinar o impacto das intervenções nos desfechos de interesse para as pessoas afetadas, torna-se necessário avaliar a sua experiência por meio da avaliação subjetiva e do relato dessa experiência.



O conceito da Organização Mundial de Saúde baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positiva, como negativa, os quais se relacionam com avaliação dos sintomas, presente nos instrumentos específicos por doença (FLECK, 2008)

Nesse sentido, o grupo da World Health Organization Quality of Life (Projeto WHOQOL) definiu a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição reflete o conhecimento de que qualidade de vida pode ser inerentemente subjetiva (FLECK.; POWER,2008)

Por outro lado, o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde da Universidade de Washington baseia-se na avaliação das mudanças no estado de saúde relacionadas à neoplasia de cabeça e pescoço e ao tratamento oncológico. Caracteriza-se como um construto multidimensional, subjetivo, que contempla elementos que avaliam aspectos físicos, funcionais e psicossociais e qualidade de vida global (HASSAN, 1993).

Além disso, a percepção individual do estado de saúde, a subjetividade, tem sido avaliada em grandes domínios ou dimensões da vida. Domínios são conjuntos de questões agrupadas nos instrumentos de avaliação e que se referem a uma determinada área do comportamento ou da condição humana, por exemplo, domínio psicológico, econômico, espiritual, social, físico, entre outros (FLECK, 2008).

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com neoplasias do trato aerodigestivo superior torna-se importante para se conhecer o impacto da doença e do tratamento na vida diária, e aprimorar as ações de cuidado no atendimento com medidas de suporte clínico social e de reabilitação funcional.

Segundo Patrick (2008), há algumas razões para medir/avaliar a qualidade de vida que se caracterizam em determinar se o tratamento está sendo mais maléfico do que benéfico. Esses desfechos são avaliados e comparados com avaliação clínica para as tomadas de decisão em saúde. O ponto de vista e o comportamento da pessoa são fundamentais para a relação saúde-doença e desfecho do tratamento.

### **2.6.1 Caracterização dos questionários quanto à qualidade de vida**

A literatura científica classifica os instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde como genéricos e específicos (VARTANIAN, 2007; FLECK, 2008). Os questionários genéricos visam avaliar a qualidade de vida dos pacientes independente da

doença em questão, proporcionando uma avaliação global do estado funcional e bem-estar do paciente. Os instrumentos específicos visam avaliar a qualidade de vida relacionada aos principais aspectos que podem estar sendo alterados especificamente por determinada doença, como nos casos de neoplasias de laringe, faringe e boca e pelo tratamento proposto, por exemplo, o tratamento cirúrgico. São considerados mais precisos; menos influenciados por comorbidades; população-alvo-específicos; função e problema-específicos. São mais sensíveis às mudanças clínicas ao longo do tempo.

O instrumento específico é mais indicado para avaliar o impacto de intervenções na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) na prática de cuidado ao paciente. O Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) utilizado nesta pesquisa aborda questões de qualidade de vida relacionadas à saúde, porém não permite comparações entre patologias distintas e é restrito aos domínios de relevância do aspecto e ser avaliado. Uma abordagem que tem sido utilizada na literatura científica é a associação entre instrumentos genéricos e específicos. Dessa forma, torna-se possível comparar doenças e ser sensível a aspetos específicos e sintomas relevantes à doença e ao tratamento.

Na eventualidade de o paciente não ser capaz de responder ao instrumento, no nível instrucional, um profissional de saúde treinado pode aplicá-lo. Assim, recomenda-se que o instrumento ideal seja curto, conciso, fácil de entender e autoaplicado pelos pacientes para reduzir a interferência do profissional de saúde, tenha baixo custo, requeira o mínimo de tempo para o preenchimento e tenha seus critérios de validação psicométrica bem estabelecidos (HASSAN, 1993).

Nessa perspectiva, a qualidade de vida deve ser avaliada diretamente pelo homem, sendo o questionário uma ferramenta que permite identificar e priorizar o domínio mais importante para o paciente em relação à saúde.

Na literatura científica são encontrados estudos que utilizam questionários específicos para avaliação da qualidade de vida do paciente com neoplasia de laringe, como o UW-QOL. Um deles evidenciou alterações na função da fala e da deglutição (GOMES, 2010), e o estudo de Maciel (2013) avaliou a qualidade de vida e fatores associados ao câncer de laringe, concluindo que a qualidade de vida foi classificada como satisfatória influenciada pelo bem-estar físico e funcional, além dos fatores socioeconômicos, clínicos e funcionais. A aplicação de um questionário específico de qualidade de vida foi importante, pois identificou as situações de depressão; ansiedade; alcoolismo e risco de incapacidade nas atividades laborais,

direcionando para um suporte de cuidado clínico adequado às necessidades de saúde do paciente.

As avaliações autorrelatadas de saúde e qualidade de vida tem significado para as pessoas afetadas pela doença que estão em tratamento e recuperando a saúde, pois se deve considerar a qualidade de vida como um aspecto do indivíduo e criar instrumentos que possam fazer medições e avaliações que representem as falas e as preocupações das pessoas.

Na avaliação do paciente pela aplicação dos questionários específicos, temos a oportunidade de elucidar aspectos que geralmente não são avaliados no cotidiano da prática de cuidar da Enfermagem e nem relatados pelo paciente e familiar, como, dor, vida íntima, ansiedade, sono prejudicado, entre outras necessidades de cuidado à saúde do homem.

### **2.6.2 Aspectos teóricos de validade discriminante do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL)**

Existem características que são fundamentais ao escolher um instrumento para avaliar a qualidade de vida, como a validade psicométrica, que significa medir no instrumento aquilo que se propõe medir. Esse instrumento é um dos mais utilizados no mundo para pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, adaptado e validado no Brasil (VARTANIAN, 2006).

Validação de um instrumento significa medir o que se propõe medir. As etapas de validação consistem em tradução; adaptação cultural; teste; reteste e validade externa, com comparação de resultados com outros questionários já considerados válidos (ANDRADE, 2012)

Esse questionário foi criado em 1990 por Ernest A. Weymuller Jr. que procurava desenvolver um instrumento específico para pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, sendo que, originalmente, continha nove domínios (HASSAN, 1993). Posteriormente, na segunda edição, em 1995, foram acrescentadas questões de avaliação de qualidade global e relacionada à saúde, um item em que os pacientes poderiam definir quais domínios seriam os mais relevantes e uma questão aberta. Em 2000, na terceira edição, foi removido o domínio sobre emprego e foram acrescentados itens relacionados à radioterapia (DELEYLANNIS, 1997). Em 2001, na quarta edição, foi definido o acréscimo de dois domínios emocionais, o humor e a ansiedade. Apesar de terem ocorrido varias revisões, oito domínios são comuns a todas as versões: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala e função do ombro (ROGERS, 2002). A quarta edição atual, de 2006, é composta por doze questões relacionadas às funções específicas da cabeça e do pescoço, como também relacionadas a

atividade, recreação, dor, humor e ansiedade. Cada questão apresenta três a cinco categorias de resposta com escore variando de 0 (pior) a 100 (melhor), e também é calculado um escore composto, que seria a média dos doze domínios. O questionário apresenta também uma questão que permite classificar quais destes domínios são mais importantes para ele e também é composto por três questões gerais sobre qualidade de vida global e relacionada à saúde. Além disso, é o único com uma questão aberta para o paciente fazer seus comentários. É considerado um dos instrumentos mais sucintos, de fácil entendimento e rápida aplicação. Estudos mostram que, em média, os pacientes gastam cerca de cinco minutos para completar o questionário ( ROGERS, 2002).

A versão em português foi produzida pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital do Câncer A.C Camargo Estado de São Paulo, Brasil (VARTANIAN,2006). A realização da validação psicométrica foi obtida com sucesso, atingindo-se valores significativos de reprodutibilidade e validade de constructo (ROGERS, 2002). Assim, o Questionário da Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) foi considerado um dos instrumentos específicos mais completos para avaliar qualidade de vida em paciente com neoplasias de cabeça e pescoço e o único validado no Brasil (VARTANIAN, 2006)

Os escores do Questionário UW-QOL não foram modificados por fatores sociodemográficos, pois a utilização de questionários de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço é um importante elemento de avaliação de progressão da doença e da efetividade do tratamento, reforçando a indicação da utilização do questionário no Brasil (FARRELL, 2010).

Varias revisões de literatura apontaram esse instrumento como sendo um dos mais utilizados internacionalmente para monitorar o tratamento de pacientes com câncer de boca, faringe e laringe (ANDRADE 2012 ; LARAWAY,2012; MENEZES,2011).

## CAPÍTULO 3 \_\_\_\_\_ ESPAÇOMETODOLÓGICO QUADRIPOlar

### **Tome uma atitude ORGANIZADA**

Há muitas maneiras de ordenar a nossa vida, e a atitude organizada nos leva a perceber a ordem singular de cada ser, evento ou circunstância.

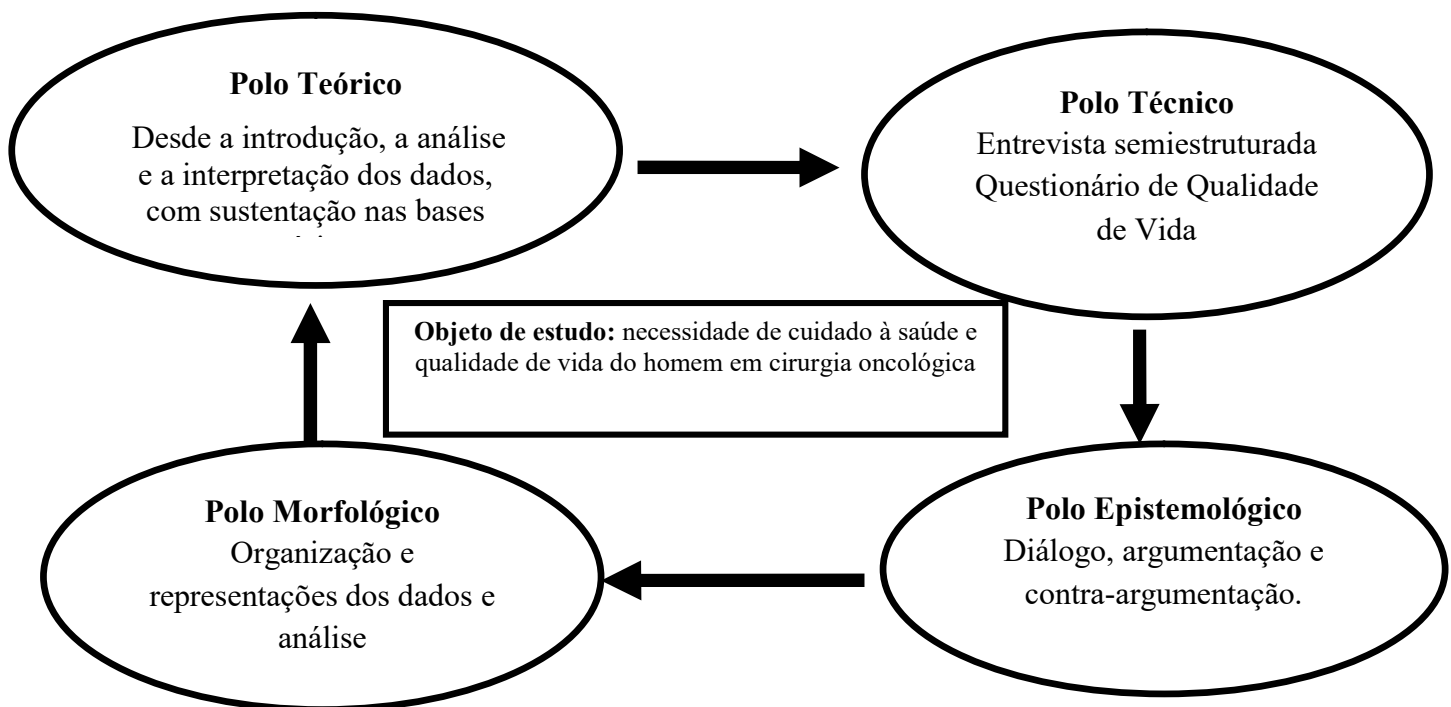
As coisas fluem melhor e mais organicamente quando as ordenamos segundo princípios de flexibilidade, reconhecimento de prioridades e uso sábio do tempo.

A atitude organizada nos leva a perceber a ordem, o ritmo e o ritual orgânico em tudo o que realizamos, conscientes de nossa integridade e interdependência com o meio em que vivemos.

Café, S.(2012).

Este capítulo apresenta a descrição detalhada do caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento da pesquisa.

Inicia-se com conceito de espaço metodológico quadripolar que se caracteriza pelos quatro polos: epistemológico, teórico, morfológico e técnico. Esses polos se encontram ligados, havendo entre eles complementariedade. O polo epistemológico é todo o processo, com vigilância crítica. O polo teórico é o que atenta para a elaboração de hipóteses e a construção de conceitos. O polo morfológico enuncia as regras de estruturação e o polo técnico revela o controle da coleta e análise das informações, transformando-as em dados pertinentes à problemática da pesquisa (SAND, 2013).



**Figura 3** - Representação do espaço metodológico quadripolar

### 3.1 Tipo e abordagem de pesquisa

Estudo descritivo, com método misto e abordagem que envolve a integração qualitativa e quantitativa de coleta de dados para a análise de um único estudo. Pesquisa sustentada por entrevistas, pois é um procedimento de coleta de informações sobre determinado tema científico, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa (MINAYO, 2012)

Um motivo para mesclar os métodos é expandir o âmbito da investigação ao acessar uma variedade maior de dados (POPE, 2009). Vários autores sugerem que essas abordagens não são excludentes e que o pesquisador deve adotar uma postura flexível, considerando uma integração entre pesquisas quantitativas e qualitativas (KIRSCHBAUM,2013; MINAYO,2002).

Apresentam-se as etapas metodológicas das abordagens qualitativa e quantitativa, por compreender que nessa articulação não há predomínio de nenhuma delas, mas sim uma justaposição.

### 3.2 Participantes e amostragem

A amostra foi empregada pela necessidade de se obter informações de maneira rápida e barata e selecionar uma amostra da população que estava acessível.

Para a abordagem quantitativa, a amostragem foi não probabilística, sendo a seleção dos participantes por conveniência, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão descritos adiante. A abordagem qualitativa foi por conveniência e saturação teórica, sendo recrutados 23 homens do total da amostra. O número de homens que participaram das entrevistas foi determinado por meio da saturação teórica.

A amostragem por saturação teórica é utilizada para estabelecer o tamanho final da amostra, interrompendo a captação quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados (FALQUETO, 2016).

Os critérios utilizados nesta pesquisa na aplicação e constatação da saturação teórica foram: definição das categorias de análise e seleção dos termos que melhor representavam o objetivo central do estudo; definição do roteiro de pesquisa; realização de um levantamento de elementos novos *versus* elementos confirmados em cada entrevista, explorando e organizando os dados antes de seguir para a próxima; registro em uma tabela do que foi encontrado em

cada coleta, que permitiu a visualização dos elementos analíticos que foram levantados na entrevista; confirmação da saturação teórica em cada categoria temática que foi analisada; verificação do ponto de saturação nas últimas entrevistas realizadas e confirmação de que realmente não houve novas informações e marcação na tabela anterior onde o ponto de saturação estava para cada categoria.

Para o cálculo amostral, teve-se por base a informação na prevalência de cirurgias em homens com neoplasias de laringe, faringe e boca, nos últimos cinco anos (2010–2015), no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Hospital de Câncer I, na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. A população foi de 309 homens, delimitou-se a amostra com 60 homens na faixa etária entre 25-59 anos de acordo com a PNAISH.

**Tabela 1** - Distribuição dos procedimentos cirúrgicos em homens adultos com neoplasias da laringe, faringe e boca. 2010-2015. Rio de Janeiro, 2016. Brasil.

<b>Topografia Anatômica</b>	<b>Anos 2010 – 2015</b>	<b>Nº (%) homens, todas as idades</b>	<b>Nº (%) homens, idade 25-59 anos PNAISH, 2008.</b>
<b>Boca</b>	Glossectomia parcial	136 (67,32)	32 (23,52)
<b>Laringe</b>	Laringectomia parcial	56 (94,9)	12 (21,42)
<b>Faringe</b>	Faringectomia parcial	35 (62,5)	12 (34,28)
<b>Boca</b>	Glossectomia com pelvectomy e esvaziamento cervical	37 (82,2)	06 (16,2)
<b>Boca</b>	Maxilectomia parcial	13(56,5)	01 (7,6)
<b>Boca</b>	Amigdalectomia	12 (52,1)	03 (25)
<b>Boca</b>	Mandibulectomia parcial	13 ( 65)	02 (15,38)
<b>Boca</b>	Hemimandibulectomia	07 (50)	02 (28,57)
	<b>Total</b>	<b>309 (69,9)</b>	<b>70 (22,6)</b>

**Fonte:** Sistema de Informação Hospitalar Absolute (SIHA) – Hospital do Câncer I. Rio de Janeiro.

- Tamanho do universo – 70
- Heterogeneidade % - 50%
- Margens de erro – 5
- Nível de confiança – 95%
- Amostra – 60 homens



**Fórmula do cálculo utilizada**

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

$$Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)$$

**Onde:**

**n** - amostra calculada

**N** - população

**Z** - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

**p** - verdadeira probabilidade do evento

**e** - erro amostral.

A amostra calculada foi de 60 homens, sendo que dois participantes foram excluídos por estarem em investigação diagnóstica de recidiva do câncer do trato aerodigestivo superior, computando uma amostra de 58 homens, caracterizadas como perdas do estudo.

Para Nobre e Wanderley (2006), as perdas ao longo do estudo devem ser declinadas. Uma perda inferior a 5% da amostra não deve produzir efeitos negativos nas conclusões do estudo, podendo chegar ao máximo de 20%. Não podemos validar estudos com perdas maiores do que 20% ou que não declinam as perdas. Nesta pesquisa, dos 60 homens, a perda foi de 3%, que correspondeu ao total de 58 participantes.

**Critérios de inclusão e exclusão**

Para critérios de inclusão, foram considerados os pacientes do sexo masculino com diagnóstico clínico de neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico com ou sem traqueostomia, com ou sem sonda gastrointestinal para alimentação, faixa etária de 25 a 59, que corresponde 41,3% da população masculina, PNAISH – Ministério da Saúde, 2008.

Foram excluídos homens em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, com demência mental e que apresentavam diagnóstico clínico de recidiva ou metástase da doença.

### **3.3 Cenário da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública federal especializada em tratamento de câncer, situada na cidade Estado do Rio de Janeiro, Brasil. O local presta assistência oncológica, em todas as modalidades de cuidados clínicos e cirúrgicos de enfermagem, às pessoas com neoplasias malignas.

A motivação para a escolha dessa instituição como cenário se deve ao fato de ela ser considerada referência nacional nos campos de pesquisa, ensino, assistência e prevenção do câncer, de acordo com o Ministério da Saúde. Através do decreto nº 109, de 02 de maio de 1991, o local passou a constituir o principal centro de referência do Ministério da Saúde em oncologia no Brasil, caracterizado de grande porte, devido aos seus 208 leitos permanentemente ocupados .

A instituição também dispõe de equipe de enfermagem especializada, e o local de coleta de dados é composta por duas enfermeiras diaristas e duas plantonistas, além de quatro técnicos de enfermagem por plantão diurno e noturno. Esses profissionais trabalham em escala de 12 horas de trabalho por 60 horas de repouso renumerado.

### **3.4 Trabalho de campo**

A técnica de coleta de dados escolhida foi a entrevista semiestruturada e aplicação de um questionário sobre qualidade de vida.

Os instrumentos utilizados foram:

- Roteiro individual que caracterizou os dados sociodemográficos dos homens
- Roteiro para entrevista semiestruturada.
- Questionário específico (UW-QOL) de qualidade de vida ao paciente com neoplasia de cabeça e pescoço.
- Diário de campo da pesquisadora.

Antes de realizar a entrevista com os participantes foram coletados pela pesquisadora no prontuário eletrônico do paciente os dados sociodemográficos que contemplaram os seguintes itens: faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, procedência.

O segundo instrumento foi o roteiro de entrevista semiestruturada, construído previamente pela pesquisadora visando obter dados referentes às necessidades de cuidado à saúde e qualidade de vida antes e após o tratamento cirúrgico por neoplasia de laringe, faringe e boca.

O terceiro instrumento foi o questionário específico de qualidade de vida ao paciente com neoplasia de cabeça e pescoço, da Universidade de Washington - UW-QOL, quarta versão brasileira, traduzido e validado para a língua portuguesa por Vartanian (2006) **(Anexo A)**.

O período de referência é o momento atual, e o questionário foi formulado usando tempo verbal do presente do indicativo.

O questionário (UW-QOL) apresenta doze questões com múltiplas escolhas que contemplam os seguintes domínios de qualidade de vida: dor; aparência; atividade; recreação; deglutição; mastigação; fala; ombro; paladar; saliva; humor e ansiedade, sendo importante destacar que cada questão apresenta três a quatro domínios e um ponto que permite ao paciente classificar quais desses domínios são os mais importantes para a qualidade de vida durante os últimos três meses. O questionário contém, ainda, três questões gerais sobre sua qualidade de vida global e classificação da qualidade de vida geral. No final do questionário, são feitas perguntas adicionais abertas e fechadas, para que o paciente expresse seu estado geral de qualidade de vida, levando em consideração não apenas aspectos funcionais, mas o contexto familiar, social e espiritual no qual está inserido.

A pontuação para as questões de múltipla escolha foi previamente estipulada pelos idealizadores do UW-QOL e já vem estampada no formulário com que é apresentado. As alternativas de pontuação variam entre 0 (mínimo) e 100 (máximo), observando a organização escalar das repostas respectivamente indicativas de maior e menor impacto.

Todas as questões seguem a mesma pontuação. Escores elevados representam condições desejáveis, enquanto valores baixos referenciam impacto na qualidade de vida. A escala assim obtida permite avaliar cada domínio de qualidade de vida por meio dos escores específicos.

### **3.5 Etapas da coleta de dados**

Sob autorização prévia por escrito dos participantes, as etapas da coleta de dados foram realizadas em dois momentos: na primeira etapa foi realizada entrevista semiestruturada individual e em seguida foi aplicado o questionário de qualidade de vida UW-QOL, versão 4.0 (Vartanian, 2006).

### **1º etapa: Entrevista semiestruturada**

Os dados somente foram coletados sob a assinatura prévia dos homens no documento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (**Apendice A**).

O TCLE foi apresentado e lido pela pesquisadora no primeiro encontro com o participante, que foi celebrado no ambiente hospitalar no ambulatório de Consulta de Enfermagem de cirurgia de cabeça e pescoço.

Para guiar as entrevistas, foi utilizado um roteiro com seis perguntas abertas, sendo que a sexta pergunta foi subdividida em quatro subitens, visando obter dados referentes à necessidade de cuidado à saúde do homem (**Apendice B**).

Antes a pesquisadora fazia uma busca no sistema de agendamento de paciente ambulatorial, para certificar da consulta no dia e horário. Para controle dos agendamentos, abriu-se uma agenda particular, onde se registrava previamente os pacientes da semana legíveis para pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2016, de segunda a sexta, de 07h às 16h, nos ambulatórios da equipe de Saúde do Hospital do Câncer I – INCA, Rio de Janeiro, região Sudeste, Brasil: Ambulatório da Enfermagem; ambulatório da Fisioterapia; ambulatório da Psicologia; ambulatório da Odontologia; ambulatório da Nutrição; ambulatório do Serviço Social; ambulatório da Fonoaudióloga e ambulatório de Medicina.

Após o participante terminar a consulta de seguimento ambulatorial com o profissional da área da saúde, era imediatamente convidado a participar da pesquisa, e, quando era conveniente ao participante, a entrevista era realizada antes da consulta de rotina.

A proposta do estudo foi informada ao participante no momento do convite, assim como sobre a divulgação dos dados coletados, por meio da apresentação de trabalhos em eventos científicos na área da saúde e de enfermagem nacional e internacional.

O roteiro de entrevista semiestruturada passou por um teste com oito participantes no período de 17/02/2016 a 22/02/2016.-Durante o procedimento de testagem do instrumento de coleta de dados percebeu-se a necessidade de ajuste das perguntas pela forma como estavam organizadas a primeira e a segunda perguntas. Anteriormente eram seis perguntas, depois do ajuste permaneceram quatro perguntas abertas.

Conforme determina Pope (2009), as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com uma base flexível, consistindo em questões abertas que definem as perguntas norteadoras,

na qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir para prosseguir com uma ideia e resposta em maiores detalhes.

Após a validação do roteiro da entrevista semiestruturada decidiu-se gravá-las em aparelho de gravador tipo MP3. As entrevistas foram gravadas e com garantia do sigilo e anonimato dos participantes, inicialmente identificados com nomes fictícios e posteriormente com a letra (H), seguida da numeração arábica (1), ou seja, (H1), (H2). As perguntas foram formuladas pela pesquisadora oralmente e por escrito.

Cada entrevista teve duração em média de 40 minutos, totalizando 920 min, gravadas em aparelho de MP3 e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora com as respectivas correções gramaticais. Cada transcrição teve duração média de 8 horas.

Após cada entrevista, a pesquisadora anotava detalhes como: reação do paciente, interação com a pesquisadora e a disponibilidade de responder às perguntas, entre outras informações no seu diário de campo, construído especialmente para coleta de dados.

## **2º etapa: Aplicação do questionário de qualidade de vida (UW-QOL versão 4.0)**

Em seguida ao término da entrevista, foi aplicado aos participantes (n=58), o Questionário de Qualidade de Vida UW-QOL, que levou aproximadamente 30 minutos para cada um preencher o questionário, com total 1.740 minutos em um período de seis meses de trabalho de campo.

### **3.6 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil, avaliado primeiro pela instituição Proponente Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, CEP-EEAN-HESFA, (CAAE: 48354815.8.0000.5238) e depois pela instituição coparticipante Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva CEP-INCA, Brasil.

Tendo em vista a importância da ética no desenvolvimento de pesquisas que envolvem seres humanos, sobretudo na pesquisa em Enfermagem, foram tomados os devidos cuidados no estudo, respeitando os princípios éticos abordados pela Resolução CNS 466/2012, do Ministério da Saúde. Foram ponderados os riscos e os benefícios, tanto conhecidos como potenciais, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Para garantir que danos previsíveis foram evitados, o participante da pesquisa teve plena liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados clínicos para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes.

Os participantes da pesquisa que sofressem qualquer tipo de dano nas dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual resultante da participação, previsto ou não no TCLE, tiveram direito à indenização por parte da pesquisadora e da instituição envolvida na diferentes fases da pesquisa. Além disso, esses danos foram comunicados imediatamente ao Sistema CEP/CONEP e foi avaliada a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Para proceder à coleta de dados da pesquisa, foram necessários contatos com a Direção do Hospital de Câncer I e Divisão de Enfermagem e o chefe da seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, que autorizou a realização do estudo.

No dia 12/07/2015, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, mas no processo houve demora na aprovação do projeto, com muitas idas e vindas com questões de pendências, solicitadas pelos CEPs das instituições proponente e coparticipante na Plataforma Brasil, que perduraram por sete meses.

Após cumpridas todas as exigências na Plataforma Brasil, no dia 16/02/2016 obteve-se resposta do segundo parecer consubstanciado do CEP-INCA nº 1410677, aprovando o projeto de pesquisa proposto de acordo com a resolução CNS 266/12, com CAAE nº 52647116430015274 (**Anexo B**).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi apresentado ao participante e foi realizada a leitura no primeiro encontro no cenário hospitalar no ambulatório de Consulta de Enfermagem de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com a explicação da proposta do estudo no momento do convite, do direito de desistência e da divulgação dos resultados da pesquisa por meio de apresentação de trabalhos em eventos científicos, divulgação em artigos científicos e livros.

O participante da pesquisa recebeu uma via do TCLE, assinada por ele e pela pesquisadora responsável pelo estudo, explicando-se a garantia diante de eventuais danos previsíveis decorrentes da pesquisa.

Segundo a resolução CNS 466/12 os arquivos com os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos serão mantidos arquivados sob a guarda da pesquisadora responsável pelo estudo por um período de 5 anos, de 2016 a 2021.

### 3.7 Organização e análise dos dados

A organização e a análise dos dados quantitativos foram apresentadas em tabelas, quadros e figuras. Para análise, os dados organizados foram submetidos à estatística descritiva simples com auxílio do Microsoft Office Excel (versão 14., 2010). Para calcular a média de cada domínio foi feita a soma de todos os escores, divididos pelo total de 58 respondentes, e a porcentagem de quantas pessoas deram a melhor resposta possível (escore 100) dentro do total de respondentes. As perguntas foram analisadas quanto aos domínios mais importantes para o homem nos últimos três meses após o tratamento cirúrgico oncológico, conforme sugestão do manual de avaliação (LARAWAY.; ROGERS, 2012).

Quando o participante respondia mais de três domínios, eram contados o número de escolhas e quantas vezes o domínio foi escolhido pelo paciente. A porcentagem de pacientes que escolheu é o número de escolhas sobre o total de pacientes.

A ordem de importância é uma classificação dos domínios de acordo com o número de respondentes que o consideraram. Assim sendo, por exemplo, o domínio fala, que teve 33 respostas, foi considerado o mais importante.

Nas questões gerais, em cada uma das três perguntas de qualidade de vida, a análise foi feita com o somatório de participantes que resultou em cada escore. A média foi feita somando-se todos os escores e dividindo-os pelo número de respondentes (58). A porcentagem da melhor resposta na primeira pergunta é o somatório dos homens com um escore de 50 ou mais dividido pelo número de respondentes.

Na segunda e terceira perguntas, realizou-se o somatório do número do escore 60 ou mais, dividindo-o pelo total de respondentes.

A organização e a análise dos dados qualitativos foram organizados e classificados em categorias temáticas, agrupadas e organizadas em cinco polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por (BARDIN, 2011).

Na pré-análise dos dados brutos da pesquisa, o material foi organizado e analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A organização e análise foram elencadas em quatro etapas: uma leitura flutuante caracterizada pelo contato com os documentos da coleta de dados das entrevistas, momento em que se começa a conhecer o texto; a escolha dos documentos, destacando-se o que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos; e elaboração de indicadores, que envolveu a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

Depois seguiu-se para a exploração do material com a definição das categorias e subcategorias interligadas. Os documentos analisados foram adequados com o objeto e objetivos da pesquisa, pois a exploração do material consistiu na operação de codificação, recorte do texto em unidades de registro, que era uma palavra, uma frase, um tema.

Nas entrevistas, sempre após as transcrições, eram feitas análises iniciais e o cruzamento com os aspectos descritos no diário de campo, cada uma dessas análises requeria, em média, oito horas por dia. Quando foi percebida uma redundância nas informações, constatou-se a saturação dos dados, confirmada na compreensão do fenômeno da pesquisa.

Os dados que atenderam aos objetivos do estudo foram identificados e agrupados, permitindo duas categorias centrais, a saber: a necessidade de cuidado à saúde do homem em tratamento cirúrgico oncológico e a qualidade de vida do homem antes e após o tratamento.



## **CAPÍTULO 4 \_\_\_\_\_ HOMENS EM TRATAMENTO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR**

### **Tome uma atitude TRANQUILA**

Quando a nossa consciência se liberta da necessidade de obter resultados imediatistas e percebemos a importância de estar atentos ao processo que cada situação percorre, podemos ficar tranquilos.

A atitude tranquila emerge a partir do nosso ancoramento na sabedoria Interior que vem da Alma e nos concede dons maravilhosos:

Um discurso consciente e sem palavras supérfluas,  
a certeza de que até a mais turbulenta tempestade  
passa, assim como se calam as dúvidas  
num coração tranquilo.

Café, Sonia (2012).

Este capítulo apresenta o perfil sociodemográfico dos 58 participantes dessa pesquisa atendidos nas consultas de seguimento ambulatorial da equipe multiprofissional da área de Saúde, que estão demonstradas nas Tabelas 2 a 6. As seguintes variáveis: faixa etária; estado civil; escolaridade; ocupação e procedência são fundamentais para a construção do cuidado cotidiano à população masculina.

**Tabela 2** Distribuição dos participantes com neoplasias de laringe faringe e boca em tratamento cirúrgico, segundo faixa etária. Hospital do Câncer I – INCA. Rio de Janeiro, Brasil 2016.

<b>Faixa etária</b>	<b>Nº 58</b>	<b>(%)</b>
<b>40 – 44</b>	1	1,96
<b>45 - 49</b>	16	27,58
<b>50 – 54</b>	20	34,48
<b>55 – 59</b>	21	36,20
<b>Total</b>	58	100

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Na Tabela 2 verificou-se que a incidência maior das neoplasias do trato aerodigestivo superior foi na faixa etária de 45-59 anos. Evidencia-se que esses dados estão de acordo com os dados da literatura revelaram que as neoplasias de laringe, faringe e boca são frequentes em homens, com hábitos de vida considerados não saudáveis como o uso do tabagismo, etilismo e com idade acima de 45anos (GALBIATTI,2013; CASATI, 2012; SANTOS, 2012).

Dessa forma, os fatores de riscos aos quais estão expostos viabilizam estratégias de cuidado à saúde bucal na prevenção para o câncer de boca, por exemplo, pois a faixa etária de 45 anos idade caracterizada como produtiva para o trabalho ligado às masculinidades, com práticas cotidianas não saudáveis, como o excesso de atividades laborais e ausência de cuidado à saúde proporcionando alteração na qualidade de vida.

Em seu estudo. Freitas (2013) verificou, com a caracterização sociodemográfica dos 47 homens hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, que eram casados, tinham a ocupação de mecânico, seguido de motorista e pedreiro, tinham nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto e eram procedentes do Estado e Município do Rio de Janeiro, o que vem ao encontro dos resultados desta pesquisa. É justamente na influência decorrente da masculinidade hegemônica que o homem inventa o cotidiano com práticas estratégicas inflexíveis de poder e autônomas no cuidado à saúde.

Para Certeau (2008), as práticas estratégicas caracterizam-se por ordem dominante e não se espera por um comportamento/práticas estratégicas que sejam capazes de desestruturar e se reagrupar.

**Tabela 3** Distribuição dos participantes com neoplasias de laringe faringe e boca em tratamento cirúrgico, segundo estado civil. Hospital do Câncer I – INCA. Rio de Janeiro, Brasil 2016.

<b>Estado civil</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Casado	28	48,27
Solteiro	14	27,45
União Estável	08	13,79
Divorciado	05	8,62
Separado	03	5,8
Total	58	100

**Fonte:** Dados da pesquisa

Os dados da Tabela 3 mostram que 28 homens eram casados (48,27%), 14 eram solteiros (27,45%), 08 viviam em união estável (13,79%), 05 eram divorciados (8,62%) e 03 (5,8%) eram separados. Os casados e em união estável apresentaram uma frequência significativa para o cuidado da saúde, pois a situação conjugal torna-se uma importante fonte de apoio para o cuidado à saúde na presença de uma doença crônica degenerativa como o câncer. Dessa forma, a ausência de uma companheira pode ser um fator a comprometer a qualidade de vida dos homens, pois a presença de uma esposa ajuda a estimular o cuidado à saúde.

Nessa pesquisa, o significado do estado civil de união estável seria a convivência duradoura e pública do homem com sua mulher, sem vínculo matrimonial, convivendo como se fossem casados sob o mesmo teto ou não, constituindo sua família de fato, com filhos e netos. O homem com estado civil divorciado foi aquele que se separou judicialmente da sua esposa, vive, por exemplo, com a irmã. O homem com estado civil foi o homem que não se divorciou legalmente da esposa, mas estão separados de corpos, não vivem como um casal. Estado civil solteiro foi o homem que nunca se casou, independente se tem um relacionamento estável ou não, reside sozinho, e pode viver com animais, como cachorro, considerado como amigo.

Evidenciou-se, em um estudo sobre cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e sua família, que a compreensão da inserção e valorização dos familiares no planejamento do cuidado é primordial para prepará-la quanto ao cuidado no domicílio, pois a

esposa e a família devem ser inseridas no plano de cuidado diários dos homens em tratamento cirúrgico (VICENZI, 2013).

Nesse sentido, a inclusão da família ou de uma rede social configura-se como um ponto facilitador que auxiliará no enfrentamento da situação de adoecimento do homem em tratamento oncológico, pois a presença da família no processo de recuperação de saúde proporcionará conforto, segurança e bem-estar. Um estudo investigando a relação entre suporte da família, estado civil e solidão, com 144 pacientes com câncer, revelou que o nível de suporte percebido pelo paciente não estava diretamente relacionado a ser casado, mas os índices de solidão estavam mais relacionados ao envolvimento familiar do que ao estado civil (YILDIRIM, 2010).

Considerando as contribuições do conhecimento do perfil sociodemográfico dos homens em tratamento cirúrgico para o planejamento dos cuidados de enfermagem, destaca-se a possibilidade do estabelecimento de algumas relações para tomada de decisões, como, por exemplo, investigar o suporte da família, quando esse suporte não estiver atendendo às necessidades de cuidado à saúde do homem, e buscar intervir com a família, amigos mais próximos que se colocam à disposição para ajudar, assim como vizinhos e rede de apoio do sistema público de Saúde.

A busca da compreensão das práticas cotidianas está apoiada na teorização de Michel Certeau (2008): é aquilo que nos é dado a cada dia ou que nos cabe em partilha, na autonomia ou não, que o homem tem no seu cotidiano e suas práticas com invenção nas artes de cuidar da saúde.

Nesse sentido, as práticas cotidianas de cuidado devem ser planejadas com a presença da família, como partilha nas artes de fazer e inventar essas práticas, como o cuidado solidário; cuidado de estimular interação do homem e da família; lidar com prioridades masculinas, como ajudá-lo a barbear-se; e cuidado com imagem corporal alterada pela presença da cânula de traqueostomia relacionada ao procedimento cirúrgico oncológico.

**Tabela 4.** Distribuição dos participantes com neoplasias de laringe faringe e boca em tratamento cirúrgico, segundo escolaridade. Hospital do Câncer I – INCA. Rio de Janeiro, Brasil 2016.

<b>Escolaridade</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Ensino fundamental incompleto	28	48,27
Ensino médio completo	15	25,86
Ensino fundamental completo	09	17,6
Alfabetizado	03	5,8
Ensino superior completo	02	3,92
Ensino superior incompleto	01	1,96
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

Como demonstra a Tabela 4 sobre a escolaridade, a concentração da amostra no ensino fundamental incompleto foi de 28 homens (48,27%); no ensino médio completo, 15 (25,86%), seguido do ensino fundamental completo 09 (17,6%). Os resultados apontam a mesma tendência em um estudo com paciente em tratamento oncológico, que evidenciou concentração nas faixas de menor escolaridade no ensino fundamental (58,5%), ensino médio (22,9%) e analfabeto (ZILLMER 2013, ROCHA 2013 e BOING 2011).

Esses dados chamam atenção, para o planejamento do cuidado, para a necessidade do homem de entender uma demanda de orientações relacionada à saúde, ao diagnóstico de câncer e ao tratamento cirúrgico oncológico. Além disso, a baixa escolaridade está associada a padrões de vulnerabilidade de cuidado à saúde.

Dessa forma, é necessário prestar um cuidado usando estratégias de ensino em grupo na modalidade de educação para a saúde, com informações do cuidado e demonstrações de materiais como: cânula de traqueostomia; sonda para alimentação; seringas; compressa de gaze; e protetor de crochê para banho. As informações verbais devem dadas por escrito de maneira clara e concisa, como um material educativo impresso.

Estudo de Rocha (2013) avaliou o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço em um hospital de referência em São Paulo, evidenciou um perfil clínico e epidemiológico que atesta predileção por pacientes masculinos, de meia-idade, tabagistas e ex-etilistas, com lesões avançadas em língua e assoalho, com baixa escolaridade e com histórico familiar presente na metade.

Nesse contexto, a baixa escolaridade do homem apresentada neste estudo nos faz pensar uma nova invenção do Cotidiano, que são maneiras de planejar o cuidado com artes de fazer com astúcia colocando-o como protagonista do seu cuidado. Deste modo, começamos a

refletir na autonomia, que o homem-sujeito tem sobre seu cotidiano e suas práticas de cuidado a necessidade de saúde e qualidade de vida.

**Tabela 5-** Distribuição dos participantes com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico, segundo a atividade laboral. Hospital do Câncer I – INCA. Rio de Janeiro, Brasil 2016.

Ocupações	Nº	(%)
Outras ocupações	22	37,93
Fora CBO	11	18,96
Aposentado por invalidez	08	15,68
Pedreiro	07	12,06
INSS auxílio doença	04	7,84
Comércio atacadista	03	5,88
Marceneiro	03	5,88
Total	58	100

**Fonte:** Dados da pesquisa

Na Tabela 5 evidencia-se que 22 (37,93%) homens realizavam atividades em outras ocupações profissionais, e 11(18,96%) não eram registrados na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sigla de classificação que trata do reconhecimento da existência de determinada ocupação no mercado de trabalho brasileiro. É um documento de referência oficial que retrata a realidade das profissões, descreve as características das ocupações e reúne todas as profissões reconhecidas. Estar na CBO é ter visibilidade nacional (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002).

Na sequência, 8 (15,68%) eram aposentados por invalidez, 7 (12,6%) tinham a ocupação de pedreiro, 4 (7,84 %) estavam pelo INSS auxílio doença, e os outros 3 (5,88%) eram marceneiros e atacadistas.

Deve-se considerar que as doenças crônicas não transmissíveis como o câncer podem reduzir a capacidade para as atividades de trabalho, resultando em maiores gastos com o tratamento, e aumentar as dificuldades financeiras da pessoa doente. Observa-se que (15,68%) estão aposentados por invalidez, relacionada ao tratamento cirúrgico oncológico com prejuízo à capacidade laboral no homem em virtude do impacto negativo na saúde e na qualidade de vida. Uma vez que a renda familiar é afetada, ocorre uma queda do poder aquisitivo da família, associada às licenças médicas e aposentadorias por invalidez, situação em que os gastos, como com transporte e outras necessidades diárias, podem produzir sentimentos negativos que influenciam diretamente na saúde e no bem-estar do homem.

Na tentativa de fugir dessa situação, os homens permanecem no mercado de trabalho, mas as dificuldades em realizar as atividades laborais pela presença da fadiga o predispõem

ao afastamento das atividades, o que, por sua vez, pode ser mal interpretados pelos familiares, amigos e a sociedade.

O homem, sendo a principal fonte de renda financeira da família, com o tratamento cirúrgico oncológico, afasta-se das atividades laborais. Considerando que o gênero masculino é tido como o provedor da família, deve-se orientar sobre que o afastamento do trabalho e da vida cotidiana pode ser temporário, e confortar com esclarecimentos de dúvidas sobre o direito do auxílio doença.

A masculinidade hegemônica imposta pela sociedade que pressiona e oprime dia após dia faz com que o homem busque no cotidiano uma prática tática nas atividades laborais, como trabalhos informais caracterizados como biscates, inicialmente não necessitando de documentos formais como carteira de trabalho, entre outras exigências. Esse cotidiano apresenta-se ligado ao habitual, com atividades organizadas, flexíveis e bem definidas pelos homens no campo do trabalho informal.

Para Certeau (2008), nessa prática tática está um indivíduo que não mantém nenhuma base específica de operação, como em um quartel-general, mas consegue ser ágil e flexível com improvisação da criatividade.

**Tabela 6-** Distribuição dos participantes com neoplasias de laringe faringe e boca em tratamento cirúrgico, segundo procedência. Hospital do Câncer I – INCA. Rio de Janeiro, Brasil 2016.

<b>Procedência</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Município do Rio de Janeiro	22	37,93
Outros municípios	19	32,75
Baixada Fluminense	08	13,79
Município de São Gonçalo	06	11,76
Município de Petrópolis	03	5,88
Total	58	100

**Fonte:** Dados da pesquisa

A Tabela 6 demonstra que 22 (37,93%) homens eram procedentes do município do Rio de Janeiro, 19 (32,75%), de outros municípios do estado do Rio de Janeiro, 8 (13,79%), da Baixada Fluminense, 6 (11,76%), de São Gonçalo, e 3 homens (5,88%) eram procedentes do município de Petrópolis. Também houve outros municípios, como Valença, Volta Redonda, Cabo Frio, Saquarema, Três Rios, Trajano de Moraes, entre outros.

Observa-se no município do Rio de Janeiro uma frequência significativa pelo fato de o Instituto Nacional de Câncer estar nele localizado e ser considerado referência nacional no tratamento clínico cirúrgico, na prevenção, ensino e pesquisa do câncer.

Acredita-se que, embora existam projetos e diretrizes que visem à descentralização das ações em Oncologia, como é o caso do Projeto de Expansão de Assistência Oncológica - Projeto Expande, ainda podem existir fatores que limitam a adesão do paciente ao projeto. Esse projeto foi implantado em 2000 pelo Ministério da Saúde, com a coordenação do Instituto Nacional de Câncer, visando à ampliação do acesso ao tratamento do câncer no Brasil, tendo em vista o desafio de reduzir as desigualdades regionais na oferta de assistência oncológica à população brasileira atendida pelo SUS (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2000).

Nesse sentido, os dados obtidos nesta pesquisa quanto à descrição do perfil sociodemográfico evidenciaram homens adultos casados, entre 45 a 59 anos de idade, com escolaridade do ensino fundamental incompleto e atividades laborais com outras ocupações, como pintor de automóveis, serralheiro e ajudante de pedreiro, entre outras, e procedentes do município do Rio de Janeiro.

A análise dos dados sociodemográficos tornou-se possível com a identificação de situações que compõem a vida cotidiana do homem em tratamento cirúrgico oncológico, que está ligada ao habitual, a atividades organizadas nos diversos espaços da vida, como idade produtiva, a família, a escolaridade e o trabalho, que integram as invenções cotidianas do homem com necessidade de saúde e qualidade de vida. Tem como enfrentamento maneiras de fazer o cotidiano representado pela impossibilidade das atividades laborais formais, buscando alternativas de atividades laborais informais.

A seguir foi descrita a análise das entrevistas para identificar o Cotidiano e a necessidade de cuidado clínico à saúde do homem em tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior.



## **CAPÍTULO 5 \_\_\_\_\_ COTIDIANO E A NECESSIDADE DE CUIDADO CLÍNICO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DO HOMEM**

### **Tome uma atitude AGRADECIDA**

Se elevarmos a nossa atenção para um ponto de maior abrangência, ficaremos imediatamente conscientes do quanto temos a agradecer.

A Natureza se doa abundantemente através do ar que respiramos, da água que bebemos, de todos os seres minerais e vegetais que se oferecem para a nossa nutrição e bem-estar.

Também perceberemos a rede de pessoas que trabalham anonimamente para que tenhamos conforto e facilidades no cotidiano.

A atitude AGRADECIDA nos conecta com a graça divina e, se com ela começarmos o dia, estaremos conscientes das infinitas dádivas que a vida nos dá.

Café, Sonia (2012).

Neste capítulo, são apresentadas as entrevistas realizadas e as maneiras de pensar o Cotidiano dos homens no processo saúde-doença-cuidado e as necessidades de saúde caracterizada pelos caminhos percorridos nas Unidades de Saúde na busca de cuidado e diagnóstico das neoplasias do trato aerodigestivo superior, seguido do tratamento cirúrgico oncológico e qualidade de vida antes e após o tratamento, que se caracterizou em diferentes formas de práticas cotidianas de caráter tático e estratégico na busca de cuidado. Assim, foi preciso ouvir a palavra do homem e extrair características descritivas da vida diária a respeito de suas invenções no cuidado clínico a vida.

O Cotidiano foi disseminado pelo filósofo Michel de Certeau (1984) com a publicação do seu livro, originalmente em francês, que é um dos textos-chave no estudo do Cotidiano. Esse livro, intitulado “A Invenção do Cotidiano,” resultado de uma pesquisa sobre o tema, evidenciou que Cotidiano não é uma simples repetição, ele é reinventado pelas pessoas que não são consumidores passivos, não é considerado de caráter estratégico, mas reflexivo e criativo, tático.

A invenção do Cotidiano caracteriza-se o que Certeau (2008) chama de “artes de fazer com astúcias sutis de caráter tático” que vão alterando o estilo de vida do homem e estabelecendo uma reapropriação no cuidado clínico à saúde ao jeito de cada um.

Destaca-se que os homens apontam que enfrentaram no cotidiano problemas na assistência à saúde nas unidades de atendimento público, precisando buscar cuidado na rede privada de saúde e, nesse caminho, chegaram ao diagnóstico de câncer, causando uma interrupção na vida. Essas questões causam preocupação principalmente nas atividades laborais do homem, por ser provedor e sustentar a família, e por isso precisar continuar trabalhando. Não há espaço em seus cotidianos para a busca na prevenção, nem mesmo para ir a uma consulta médica no início dos sintomas.

Assim, o ser homem caracteriza-se pelo fato de este ser provedor, articulando duas esferas, as práticas cotidianas laborais e a família, instâncias de referência para a inserção e reconhecimento da sociedade. Essa representação reflete a ideia de que a identidade masculina se ancora no trabalho para atingir o destino de formar uma família (GOMES,2008).

As práticas cotidianas dos homens com necessidades de saúde e qualidade de vida antes e após o tratamento cirúrgico caracterizaram-se com invenção nas maneiras de cuidar da saúde, pois antes do tratamento tinham cessado o tabagismo e o alcoolismo; realizavam atividades de recreação; podiam se alimentar pela boca; não cuidavam da saúde e realizavam atividades laborais em excesso que levaram ao adoecimento.

Por outro lado, as práticas cotidianas dos homens após o tratamento cirúrgico estavam entrelaçadas em invenções e habilidades relacionadas às principais alterações funcionais estéticas associadas ao procedimento cirúrgico como: a fisiologia da fala; a mastigação; a deglutição; alteração da aparência; nas atividades de lazer, na vigília do sono e no humor, sentimentos de depressão e ansiedade.

As invenções que ocorrem diariamente na vida dos homens apresentaram diferentes formas de se ajustarem e alcançarem uma qualidade de vida no processo de doença-saúde-cuidado. Nesse cotidiano, então, que o homem cria meios, inventando e buscando compreensão desses movimentos que podem ser apoiados na teorização de Michel Certeau (2008), que caracteriza dois tipos de comportamentos nas artes de fazer a invenção do cotidiano, o comportamento tático e o estratégico.

Como lembra Certeau (2008), o comportamento tático é a arte do fraco, sem lugar próprio, comandada pela ausência de um poder, mas que é capaz de realizar um agrupamento de forma ágil e flexível para responder a uma necessidade que surja baseada em criatividade. É como um “se virar” diante das condições impostas, a tática surge como uma arte, uma arte do fraco, as maneiras de fazer dos sujeitos com astúcia. Por outro lado, o comportamento estratégico, a identidade e seu modo de operar já estão determinados, inflexíveis, pelas condições com os quais se depara o sujeito.

Com comportamento tático, o homem ordinário com necessidade de cuidado da saúde e qualidade de vida relacionada ao tratamento cirúrgico inventa o cotidiano com maneiras e artes de fazer, constrói com criatividade uma liberdade com que cada homem procura viver, sobreviver da melhor maneira possível, com qualidade de vida mesmo com o impacto do tratamento cirúrgico oncológico.

O homem escapa silenciosamente dos aspectos biológicos e físicos do processo saúde-doença que o coloca como objeto do cuidado, mas de uma forma ágil e flexível para responder à necessidade de saúde. Esse processo baseia-se na criação, pois o homem se reconhece como consumidor ativo do próprio cotidiano, fraco, vulnerável, com necessidade de cuidado com a vida.

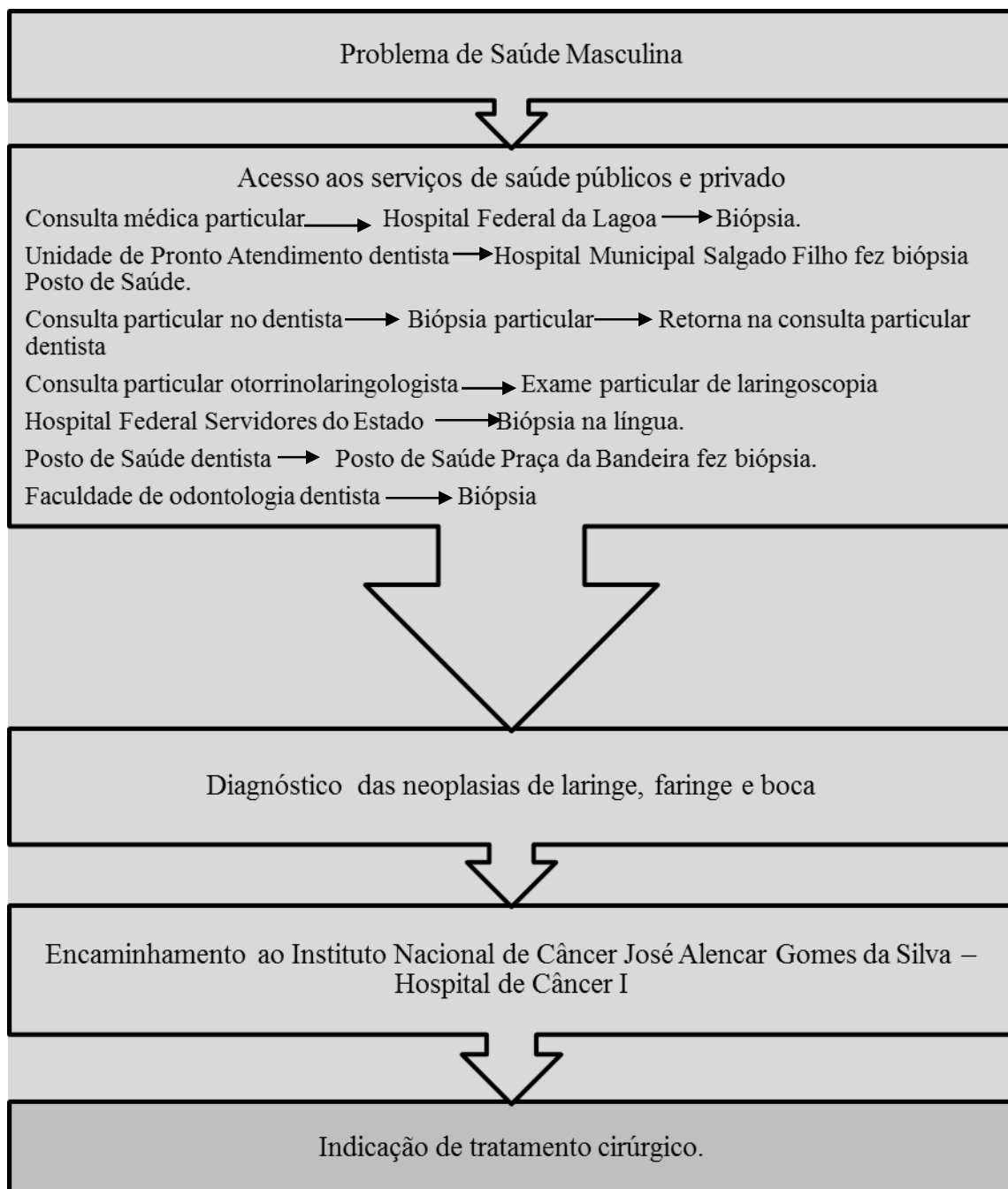
Para Certeau (2008), não basta ser autor das práticas sociais de cuidado clínico, é preciso que essas práticas sociais tenham significado para aquele que as realiza.

O comportamento estratégico do homem com necessidade de cuidado à saúde é considerado inflexível, pois se impõe na resistência do cuidado com a saúde vinculando-se à

masculinidade hegemônica de ser homem forte, invulnerável, pois não reconhece o próprio cotidiano de cuidado com à saúde, consumidores passivos do cuidado .

Certamente, os homens com necessidades de saúde e qualidade de vida em tratamento cirúrgico oncológico requerem a reinvenção do cuidado, a sua recriação, seja ela mesma uma tática, uma astúcia para sobrevivência com qualidade de vida.

### **Categoria 5. 1 – Caminhos percorridos pelos homens nas redes públicas e privadas de saúde e o diagnóstico das neoplasias do trato aerodigestivo superior**



**Figura 4-** Apresentação do fluxo dos homens à procura de cuidado à saúde.

Essa categoria emergiu das respostas dos entrevistados em relação aos caminhos percorridos nas consultas médicas até a confirmação diagnóstica de câncer. Alguns homens receberam o diagnóstico em outras instituições de saúde que não era cenário desta pesquisa. Relataram que procuraram assistência médica por problemas de saúde, como: dor de dente; rouquidão que não cessava com uso de medicamentos e “bolo na garganta”; sabiam que estavam doentes, mas não sabiam o que era. Realizaram biópsia na laringe com resultado inconclusivo, e na ocasião o médico os encaminhou para o Hospital do Câncer I.

Os homens procuraram os serviços de saúde quando perceberam que estavam com dificuldades na vida cotidiana e nas atividades laborais. A busca por cuidado à saúde ocasionado apenas pelo surgimento de uma doença inviabiliza as ações voltadas à promoção e a prevenção, pois tais atitudes representam um privilégio à atenção terciária, fato que contribui na demora do cuidado preventivo e diagnóstico precoce, provocando agravamento na saúde da população masculina.

Leitão (2013) pesquisou o paciente com câncer de cavidade oral submetido a cirurgia e as representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. Concluiu que o paciente se depara com uma representação de doença permeada pelo medo da dor, do sofrimento e da morte. Assim, a pouca procura por cuidado nos serviços de saúde na população masculina relaciona-se com a questão da masculinidade imposta pela sociedade. Na comunicação do diagnóstico de câncer deve-se pensar no ser humano, na sua individualidade, nos sentimentos, levando em consideração as questões culturais e sociais:

### **Subcategoria 5.1.1 Problema de saúde, acesso aos serviços de cuidado clínico e diagnóstico de câncer**

*[...] Sabia que tinha um problema de saúde quando fiz a biópsia no município de Teresópolis. Um rapaz que é casado com minha sobrinha disse que talvez fosse um câncer. Falei: não deve ser câncer. O dente grudou no queixo que levaram duas horas para arrancar e foi confirmado na biópsia, câncer de boca [...]* (H1 neoplasia de boca).

*[...]. Um mês antes da confirmação diagnóstica já estava correndo atrás de atendimento médico. Fiquei muito rouco, fiz duas microcirurgias na garganta no Hospital da Lagoa e não concluíram nada... Queriam fazer outra biópsia, e eu não quis. Ai me encaminharam para o Hospital do Câncer I, porque Eu pedi... fizeram outra biópsia que concluíram o diagnóstico de câncer na garganta. A única coisa que me incomodava era a rouquidão [...]* (H5 neoplasia de laringe).

*[...] Sabia que estava doente, mas não sabia o que era. Na triagem do Hospital do Câncer I, o médico confirmou que era câncer na boca [...]* (H2 neoplasia de boca).

*[...] Comecei sentindo uma dor no dente, aí fui ao dentista no Posto de Saúde em Realengo, que me encaminhou para fazer uma biópsia no Posto de Saúde na Praça da Bandeira. Quando a médica fez a*

*biópsia logo me encaminhou para Hospital de Câncer I e falou que era câncer. Já sabia, estava sozinho precisava falar com a família [...] (H22 neoplasia de boca).*

*[...] O diagnóstico de câncer, foi o dentista, um professor da Faculdade de Odontologia no Município de Caxias. Na ocasião me encaminhou para o centro de atendimento da faculdade, onde fizeram uma análise na minha boca e biópsia, que foi confirmado. Aí me encaminharam para Hospital de Câncer I [...] (H23 neoplasia de boca).*

O diagnóstico de câncer baseia-se na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais e nos resultados da avaliação diagnóstica, que é guiada por informação obtida através de uma história completa e do exame físico realizado (BRUNNER, 2015). Na realidade, a revelação do diagnóstico de câncer é perturbadora para todas as pessoas envolvidas com repercussões da comunicação de uma doença oncológica e é um dos desafios para o trabalho em equipe multidisciplinar.

*[...] Meu problema de saúde, foi diagnosticado como um câncer na boca [...] (H4 neoplasia de boca).*

*[...] A primeira vez, fiz biópsia na boca aí constataram a doença, câncer. Depois me encaminharam para o Hospital do Câncer I [...] (H8 neoplasia de boca).*

*[...] Tinha dia que estava ruim para falar com a rouquidão. Aí fui ao médico no Posto de Saúde, ele fez um exame na minha garganta, laringoscopia. Aí falou, você quer ver o seu problema, está em tempo para tratar, vou lhe dar um papel. Aí me encaminhou para o Hospital do Câncer I [...] (H12 neoplasia de laringe).*

*[...] O câncer foi confirmado no Hospital do Câncer I. O médico fez a biópsia. Quando vim para o hospital já sabia que era câncer [...] (H21 neoplasia de faringe).*

*[...] Encaminharam para Hospital de Câncer I, quando o médico falou que eu tinha um câncer na língua [...] (H24 neoplasia de boca).*

O processo de transição saúde-doença-cuidado afeta não apenas o homem, mas as outras pessoas, como familiares e amigos. Os autorrelatos demonstraram que os homens sabiam que estavam doentes por interpretações próprias. A Enfermagem, como membro da equipe da saúde e por atuar nas diversas áreas dos conhecimentos técnicos e científicos gerais e oncológicos, integra o cuidado voltado às necessidades de cuidado à saúde, nas dimensões psicológicas, biológicas e espirituais.

Nesse contexto, uma comunicação adequada é aquela que diminui os conflitos, os mal entendidos, e atingem os objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação entre as pessoas. As notícias difíceis talvez possam ser entendidas como tudo que afaste o outro da possibilidade de viver uma vida boa, confortável e tranquila, enquanto for possível viver.

Estudo de Soares (2016) analisou a percepção da pessoa com câncer, em tratamento, sobre a comunicação em saúde, identificando suas preferências sobre a transmissão de informações relacionadas ao adoecimento, ao tratamento, para os pacientes e familiares, e as dificuldades relacionadas ao direito à informação e ao exercício da autonomia, concluiu que inclusão no processo de comunicação é esperada pela maioria dos pacientes do estudo, o que propicia condições para o exercício da autonomia. Contudo, permaneceu o desafio de preparar os profissionais da área da saúde para promover condições onde os sujeitos desempenhem sua autonomia.

No diagnóstico anatomopatológico de câncer, o cuidado de acolhimento se caracteriza como escuta ativa, deixando o paciente verbalizar os receios e expectativas, chamá-lo pelo nome próprio, esclarecer e reforçar questionamentos que não foram esclarecidos durante o diagnóstico, como mudança na autoimagem relacionada à doença e ao tratamento cirúrgico; mudanças situacionais da vida cotidiana com a hospitalização são ações de cuidados clínicos que se tornam essenciais para ajudar o paciente a entender a nova realidade de vida.

*[...] Quando saiu o resultado da biópsia, o médico falou que era maligno, que tinha que operar. Me lembro disso [...]* (H14 neoplasia de laringe)

*[...] Foi no Hospital do Câncer I onde o médico falou que era câncer na garganta [...]* (H15 neoplasia de laringe)

*[...] Em julho 2015 fiquei sabendo que estava doente, quando foi diagnosticado o câncer de boca [...]* (H10 neoplasia de boca)

Estudos indicam que a comunicação, de forma geral, faz parte do cotidiano nas atividades da Enfermagem, sendo considerada um instrumento fundamental utilizado no cuidado ao paciente, no atendimento à família e nas relações interpessoais com a equipe de Saúde (SOARES, 2016; BROCA, 2012). Dessa forma, torna-se importante a comunicação não verbal, como um aperto de mão, que espontaneamente transmite uma ação terapêutica de segurança e conforto.

Estudo de Pereira (2013) evidenciou que não existe uma norma para comunicação de más notícias. Cada pessoa tem características únicas, e a atuação da equipe de saúde deve se adequar a cada situação, pois a comunicação de más notícias torna-se uma tarefa difícil na prática clínica no cuidado à saúde.

*[...] Tinha uma rouquidão há cinco anos, aí fiz uma ressonância da garganta particular e o resultado não acusou nada. Fiquei mais tranquilo. Mas depois procurei consulta particular com otorrino que fez um exame na garganta, laringoscopia, e o resultado deu câncer na garganta. Encaminhou-me*

*para uma consulta no Hospital do Câncer I com o resultado da laringoscopia. O médico falou que precisava fazer uma biópsia. Fez e confirmou o câncer [...] (H19 neoplasia de laringe)*

*[...] Quando percebi que estava doente procurei um dentista na Unidade de Pronto-Atendimento. De lá encaminharam para o Hospital Municipal Salgado Filho. Fizeram uma biópsia e aí constatou a doença. Depois encaminharam para o Posto de Saúde na Sandu e depois para o Hospital do Câncer I. Quando cheguei ao hospital, já sabia que estava com câncer [...] (H16 neoplasia de boca)*

*[...] Comecei a sentir uma dor de dente e fui ao dentista. Ele falou, rapaz não vou mexer nisso, porque isso não está parecendo problema no dente. Eles não estão ruins. Você precisa fazer uma biópsia porque tem uma carne esponjosa por trás do dente. Não abalei, fiz a biópsia e uma tomografia de face particular, no Município de Magé, onde moro. Quando saiu o resultado da biópsia, o médico falou que era câncer. Aí me encaminharam para Hospital de Câncer I [...] (H17 neoplasia de boca).*

*[...] O médico na consulta particular deu o diagnóstico de câncer. Aí encaminhou para o Hospital Federal Servidores do Estado para fazer uma biópsia na língua. O resultado da biópsia constatou câncer. Encaminhou para Hospital de Câncer I. Chegando ao setor de triagem, o médico fez outra biópsia para confirmar. [...] (H20 neoplasia de língua).*

Os resultados da pesquisa evidenciam a dificuldade do homem no acesso ao serviço de saúde pública, precisando custear consultas médicas particulares, assim como exames radiológicos e exames de biópsia. Os usuários enfrentam no Brasil, nos diferentes níveis de assistência e em diversas regiões geográficas, dificuldades na assistência à saúde, mas a admissão em um serviço de saúde especializado em câncer torna-se uma conquista e a luta pela vida, um evento marcante para quem recebe o diagnóstico de câncer.

O estudo de Soares (2016) sobre comunicação em saúde e percepção dos usuários em um serviço de Oncologia evidenciou que os caminhos percorridos pelos usuários para conseguir o direito de receber atendimento na rede pública de saúde e a ansiedade do início do tratamento oncológico foram os eventos mais importantes para os pacientes. Além disso, declararam a admissão no serviço de saúde pública como um episódio marcante.

Vale ressaltar que desde o ano de 2013 entrou em vigor a Lei nº 12.732/2012 que busca garantir o atendimento no Sistema Único de Saúde às pessoas com neoplasia, no prazo máximo de 60 dias a partir da confirmação diagnóstica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Evidenciou-se que os caminhos percorridos pelos homens em busca de cuidado clínico à saúde nas redes públicas e privadas de saúde até o diagnóstico das neoplasias de laringe, faringe e boca foram marcados por uma interrupção na vida cotidiana nas suas atividades de trabalho, nas expectativas com idas e vindas às consultas médicas. Os pacientes sabiam que estavam doentes, mas não queriam acreditar, pois isso envolve características, como a vulnerabilidade da saúde masculina com perda da autonomia, no controle no processo social intimamente relacionadas à masculinidades imposta pela sociedade. A vida cotidiana do



homem se qualificou como uma jornada de criatividade nos caminhos percorridos nas unidades de cuidado à saúde, tanto pública como privada, até o diagnóstico de câncer.

### **Categoria 5.2 – Informação/desinformação do paciente sobre o tratamento cirúrgico oncológico**

Essa categoria originou-se dos autorrelatos em relação à informação sobre o tratamento cirúrgico. O significado de informação é instruir, fazer e tomar conhecimento de algum tema (HOUAISS, 2003). A informação sobre a cirurgia deve ser iniciada tão logo for indicado o procedimento e continuar até que o paciente chegue à sala de operação.

Constatou-se nessa pesquisa um grupo de homens satisfeitos com a informação sobre o tratamento cirúrgico e outros grupos insatisfeitos. As informações do tratamento cirúrgico revelam uma comunicação pautada somente no procedimento cirúrgico, apesar de respeitar a autonomia. Quanto ao tipo de cirurgia, evidencia-se que a informação ao paciente ainda se encontra distante do que é incentivado pelas práticas de saúde, quanto ao acolhimento. Ainda assim, constata-se nos autorrelatos agradecimentos pelos pacientes pela realização da cirurgia e a cura do câncer.

#### **Subcategoria 5.2.1- Informações sobre o procedimento cirúrgico**

Evidencia-se a esperança e a expectativa de recuperação rápida da saúde com o tratamento cirúrgico após a cirurgia. “*Sentia que não tinha operado, que estava normal, levantou do leito*” com independência do cuidado clínico de Enfermagem:

[...] *O médico explicou que a cirurgia seria melhor para mim, que iria recuperar mais rápido do que somente fazer o tratamento de radioterapia. Se recuperar mais rápido, então vamos operar. Entrei na sala para operar. No outro dia levantei normalmente parecia que não tinha operado. A enfermeira me ajudou para sentar no leito e ir ao banheiro [...]* (H1 glossectomia com pelvectomia e mandibulectomia com esvaziamento cervical).

[...] *Quando soube que precisava operar fiz uma pesquisa sobre a cirurgia, e me comuniquei pela internet com um rapaz em Brasília que também teve câncer de laringe, e me ajudou muito. Sempre quis me informar [...]* (H5 laringectomia parcial e esvaziamento cervical).

O paciente pode entrar em contato com outra pessoa que realizou a mesma cirurgia e foi bem sucedido. Isso promove segurança e conforto, direito ao atendimento atencioso, receber informação sobre o cuidado após a cirurgia como: cuidado de higiene da boca com solução enxaguatória sem álcool, alimentação exclusiva pela sonda gástrica com a finalidade de ajudar na cicatrização da ferida operatória, entre outros cuidados.

As informações sobre a doença, o tratamento e as suas consequências são fundamentais, pois o cuidado de explicar a alteração na função da fala depois do procedimento cirúrgico permite uma melhor recuperação dos homens, provocando uma diminuição da ansiedade.

[...] *O médico explicou que iria operar a língua e que iria ficar com dificuldade para falar. A enfermeira me explicou que depois, eu iria ser acompanhado pela fonoaudióloga que cuida da voz. E assim aconteceu. [...]* (H2 glossectomia com pelvectomia e mandibulectomia com esvaziamento cervical).

[...] *O médico explicou que na cirurgia iria retirar um pedaço da língua e que eu ficar um tempo sem falar. Mas a enfermeira me esclareceu que iria me comunicar pela escrita e gestos e ser acompanhada pela fonoaudióloga* (H2glossectomia parcial com esvaziamento cervical).

As informações de que o paciente teria a comunicação ficaria prejudicada e passaria algum tempo sem falar são previsões das alterações funcionais na comunicação relacionada ao procedimento cirúrgico. O cuidado seria propor estratégias de comunicação não verbal, como a escrita e gestos. Constatou-se que os participantes da pesquisa receberam explicações do procedimento cirúrgico, sobre a traqueostomia e a sonda gástrica para alimentação, e, com isso, obtiveram entendimento sobre o tratamento proposto:

[...] *O médico explicou que, na minha cirurgia, ia perder os dentes, usar cânula de traqueostomia e sonda para me alimentar. Fui informado pela enfermeira sobre os cuidados com a traqueostomia e a sonda e ela conversou também com minha esposa [...]* (H8 Glossectomia com pelvectomia e mandibulectomia com esvaziamento cervical)

[...] *O médico explicou que iria cortar na mandíbula e no pescoço, e eu iria usar um caninho no pescoço, cânula de traqueostomia e alimentar pela sonda. A nutricionista e a enfermeira me explicaram tudo sobre os cuidados com esses dispositivos [...]* (H 16 mandibulectomia com esvaziamento cervical).

[...] *A médica explicou que poderia perder a voz. Que iria usar um ferrinho na garganta e drenos no pescoço. Aí eu perguntei se precisa usar o ferrinho, se não tinha alternativa. A médica falou que não, aí fazer o que? Não tem outro jeito. Me deu um receio quando soube que iria usar a traqueostomia. Mas a enfermeira me explicou com mais detalhes sobre o cuidado e que seria por um tempo a traqueostomia [...]* (H19 laringectomia parcial com esvaziamento cervical)

[...] *O médico explicou tudo sobre a cirurgia, que iria usar um a cânula de traqueostomia e aí todo dia ia me visitar. A enfermeira limpava e trocava a cânula de traqueostomia todos os dias e explicava minha esposa o cuidado [...]* (H12laringectomia parcial e esvaziamento cervical).

Estes aspectos são considerados imprescindíveis para promover segurança e conforto diante do diagnóstico e tratamento cirúrgico oncológico, pois explicar ao paciente a necessidade da cânula de traqueostomia e o cuidado da reabilitação fonatória com a fonoaudióloga e fisioterapia respiratória foram necessários para uma reabilitação completa das funções da fala, mastigação e deglutição devido ao procedimento cirúrgico na região da cabeça e pescoço, que se caracteriza como um tratamento que altera essas funções.

Um estudo qualitativo com 15 pacientes sobre representações sociais acerca do tratamento oncológico mostrou que as limitações relativas às funções de alimentação, deglutição e comunicação, sejam temporárias ou não, são igualmente sentidas pelos pacientes como aspectos de dificuldades em função das expectativas pela recuperação e retomada da vida cotidiana (LEITÃO, 2013)

Portanto, são realizados o cuidado de explicar que a alimentação deverá ser exclusivamente via sonda gástrica por um período aproximado de 30 dias com acompanhamento da nutricionista no ambiente hospitalar e seguimento ambulatorial para evolução nutricional; o cuidado com a higiene e troca da cânula de traqueostomia; a troca da gaze no ostoma; a higiene da boca com solução enxaguatória sem álcool, entre outros cuidados.

A explicação como cuidado de enfermagem inicia-se na fase pré-operatória com a finalidade de tornar o momento cirúrgico tranquilo, ajudando no processo de recuperação de saúde. Constatou-se que os pacientes entenderam as explicações sobre a cirurgia fornecidas pela equipe multiprofissional de saúde, e a cirurgia foi uma forma de cura com agradecimentos:

*[...] Tem gente que fica medroso quando vai operar, eu nem liguei. Entreguei à Deus. Quando retornei para enfermaria, a enfermeira me falou que já tinha acabado a cirurgia, estava tudo bem[...]*  
(H9 Ressecção de tumor da faringe)

*[...] Participei de uma reunião com a enfermeira, a nutrição e o médico no auditório no 8º andar do Hospital do Câncer I. Explicaram tudo. O médico explicou que iria fazer uma faxina geral no pescoço, o que estivesse para retirar iria tirar tudo. Falou que a cirurgia seria grande e junto com a cirurgia plástica. A enfermeira explicou sobre o cuidado com a traqueostomia e higiene da boca e a nutricionista informou que a alimentação seria pela sonda que passa pelo nariz que vai direto para o estômago. Foi o que aconteceu. Muito bom. Fiquei curado [...]* (H4glossectomia com pelvectomia e mandibulectomia com esvaziamento cervical).

Além disso, o direito à informação tem seu aspecto peculiar, caracterizado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse termo é um documento escrito no qual o paciente, ou seu representante legal, toma conhecimento da doença e das chances de sua reversibilidade, das alternativas de tratamento, dos efeitos adversos esperados e do prognósticos. O princípio de autonomia do paciente é um dos pilares da bioética. Segundo este conceito, ao paciente deve ser dado o poder de tomar as decisões relacionadas ao tratamento cirúrgico. No entanto, o índice de participação dos pacientes e a sua vontade de participar são variáveis de acordo com o meio cultural, social e familiar no qual se encontram inseridos e ao uso do consentimento informado como instrumento para o exercício da autonomia do paciente (UGARTE, 2014).

Nesse contexto, isso visa à autonomia do paciente, o qual atesta estar ciente de sua condição clínica de saúde, para se submeter ao procedimento cirúrgico considerado sempre radical e com alterações funcionais e estéticas nas funções da fala, mastigação, deglutição, e até mesmo nos movimentos do ombro e braços.

O médico cirurgião responsável pelo paciente deve fornecer-lhe uma explicação clara, simples e com detalhes sobre a melhor opção de tratamento cirúrgico, os possíveis riscos, os benefícios, as complicações, desfiguração, incapacidades, remoção de partes do corpo, bem como sobre o que esperar nos período pós-operatório inicial e tardio e solicitar a assinatura do paciente no documento de consentimento informado voluntário e por escrito.

Ressalta-se que a informação fornecida aos pacientes foi eminentemente sobre a cirurgia, com termos técnicos, mas relatam que obtiveram toda explicação sobre a cirurgia:

*[...] Operei toda a boca. A médica explicou tudo. Antes, falou que iria me operar com aparelho, a robótica, mas quando me levaram para a mesa de operação e foram ver, já tinha passado muito, aí não dava mais. Aí falaram que iriam operar cortando no pescoço. A enfermeira retirou minhas dúvidas em relação à cirurgia ter mudado para a convencional [...]* (H9 Ressecção de tumor da faringe).

*[...] Explicaram tudo sobre a cirurgia. A enfermeira me mostrou a cânula de traqueostomia e conversou com a minha espoa sobre o cuidado [...]* (H14 pelvectomia)

*[...] O médico explicou sobre a cirurgia. A enfermeira mostrou a cânula e traqueostomia que iria usar por algum tempo, explicou os cuidados [...]* (H15 laringectomia parcial com esvaziamento cervical)

*[...] A médica explicou tudo sobre a cirurgia, que iria retirar um pedaço da língua e do assoalho da boca. A enfermeira e a fonoaudióloga explicaram as alternativas de comunicação depois da cirurgia [...]* (H20 glossectomia com pelvectomia com esvaziamento cervical).

Sendo assim, deve-se dar oportunidade para a tomada de decisão; compartilhar o medo e a ansiedade relacionada ao tratamento cirúrgico; corrigir concepções errôneas que possam expressar dúvidas; explicar que a equipe de saúde está presente na recuperação da saúde, envolver a família, amigos e vizinhos no processo saúde-doença-cuidado; e respeitar as particularidades da saúde masculina, como exemplo, evitar oferecer camisola e dar pijamas na ocasião da hospitalização.

### **Subcategoria 5.2.2 Desinformação sobre o procedimento cirúrgico**

Em alguns autorrelatos verificou-se que os homens não receberam explicação detalhada sobre a cirurgia, entenderam pouco sobre a explicação, não lembravam com detalhes o que tinha sido explicado e relataram que o médico foi muito radical na explicação, foi “ignorante” e falou muitos procedimentos que iria fazer na cirurgia:

*[...] O médico não explicou nada sobre a cirurgia. Não me lembro. Acho que o médico não falou nada, só na mesa de operação. Chegou uma médica e falou que era anestesta. Ninguém falou mais nada [...]*

(H14 Laringectomia parcial com esvaziamento cervical).

*[...] O médico falou sobre a cirurgia e entendi um pouco, porque as palavras do médico não são as nossas [...]* (H16 glossopelvectomia e mandibulectomia com esvaziamento cervical).

*[...] Não estou lembrando com detalhes da explicação da cirurgia. Retirei os dentes todos para operar. A enfermeira me orientou para ficar em jejum. Não vi nada. No outro dia, acordei e vi aquilo tudo: sonda no nariz e cânula de traqueostomia, curativo no pescoço e soro no braço. Tentei falar e não conseguia, aí vi que tinha operado [...]* (H21 glossopelvectomia com mandibulectomia e esvaziamento cervical).

*[...] O médico explicou a cirurgia. Foi bem radical e ignorante: “fica você sabendo que nunca mais vai falar; nunca mais vai comer pela boca e nunca mais vai sentir cheiro nem sabor e vou retirar sua língua e retirar seus dentes todos.” Ele falou de tanto procedimento que iria fazer [...]* (H23 glossopelvectomia com mandibulectomia e esvaziamento cervical).

De acordo com o artigo. 6º inciso III Código de Defesa do Consumidor Lei nº 8078/1990, é direito do paciente receber informações corretas sobre o estado de saúde e condições de tratamento. Esse direito é consubstanciado e prevê que a informação deve ser clara, contendo os riscos decorrentes da cirurgia, como hematoma; sangramento da ferida operatória; fistula faringocutânea; fistula quilosa e deiscência de ferida operatória e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, deve-se explicar os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico e perguntar ao paciente e familiar se entenderam a explicação fornecida.

O termo técnico fistula faringocutânea significa uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a parte externa do corpo. As fistulas provêm de cicatrização inadequada ou complicações de algumas doenças, como câncer de laringe, impedindo que as camadas dos tecidos se unam adequadamente, facilitando a formação do trajeto da fistula (COCATO, 2015).

Fistula quilosa é uma complicação do procedimento cirúrgico de esvaziamento cervical, com uma mortalidade de 12%. Apesar de ser uma complicação incomum, a incidência é estimada em 1% a 2,5%, como causa da lesão do ducto torácico. (JUNIOR, 2009).

Nesse sentido, o procedimento cirúrgico causa um impacto na vida do paciente, pois o pré-operatório de uma cirurgia complexa e com alterações funcionais previstas desencadeia uma gama de expectativas relacionadas às dimensões físicas, biológicas, psicológicas e espirituais baseadas em experiências pessoais.

Constatou-se que os homens receberam explicações dos profissionais de saúde sobre o tratamento cirúrgico oncológico e entenderam de forma efetiva a finalidade do tratamento que foi curativo e que causaria alterações funcionais na fala, mastigação, deglutição e na imagem corporal, aspectos embutidos no tratamento à pessoa com câncer do trato aerodigestivo superior. Ainda assim, os homens conseguiram apreciar o tratamento cirúrgico com aspectos positivos, considerando a trajetória na busca da cura, por saberem que não tinham mais o câncer e melhoraram a qualidade de vida.

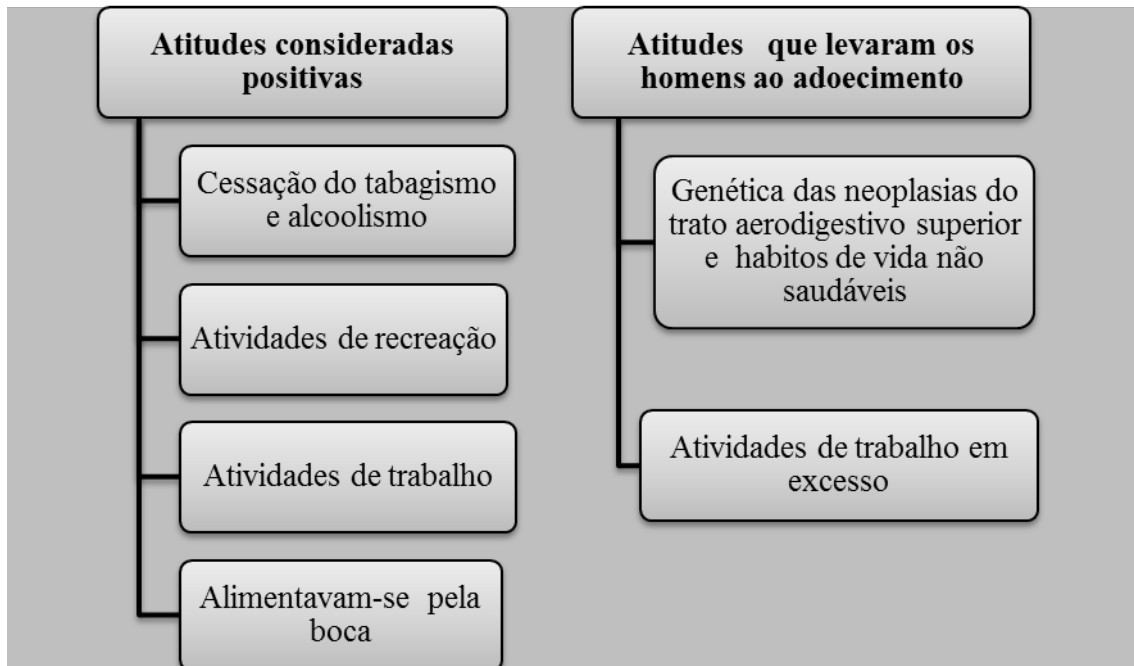
Todavia, houve um grupo de homens insatisfeitos com a informação sobre o tratamento cirúrgico, pois não entenderam a explicação da cirurgia ou não receberam a informação; sendo assim, seria necessário um cuidado diferenciado para esse grupo de paciente com planejamento baseado nas dúvidas e ansiedades relacionadas ao tratamento cirúrgico.

### **Categoria 5.3 - Qualidade de vida relacionada à saúde do homem antes do tratamento cirúrgico**

Nessa categoria temática, a qualidade de vida antes da cirurgia caracterizou-se por dois eixos centrais, levando a subcategorias.

No primeiro eixo, identificaram-se atitudes consideradas positivas, com destaque às seguintes subcategorias: cessação do tabagismo e alcoolismo; atividades de recreação; alimentação pela boca e atividades de trabalho.

No segundo eixo, emergiram alguns aspectos que levaram os homens ao adoecimento causando prejuízos na qualidade de vida com as subcategorias: a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior associado aos hábitos de vidas não saudáveis e atividades de trabalho em excesso: (cuidavam / não cuidavam da saúde).



**Figura 5** - Apresentação dos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida antes da cirurgia

### **Primeiro eixo - Atitudes do cotidiano consideradas positivas**

Os participantes da pesquisa consideravam as atitudes positivas na vida diária, mesmo tendo relatado anteriormente que consumiam bebida alcoólica e tabaco. Relataram que cessaram esses hábitos antes do adoecimento e depois do diagnóstico do câncer do trato aerodigestivo superior.

#### **Subcategoria 5.3.1- Hábitos de vida com cessação do tabagismo e alcoolismo**

[...] Antes fumava e bebia cachaça e vodka, depois que fiquei doente parei tudo [...] (H1)

[...] Antes da cirurgia, minha qualidade de vida era boa. Dois meses antes de saber que estava doente, tinha parado de fumar e há um ano já tinha parado de beber [...] (H2)

[...] A bebida já tinha parado, o problema era só o cigarro, aí fumava escondido. Depois, consegui também parar o cigarro.[...] (H4)

[...] Janeiro de 2015 parei de beber. Entrei para os alcoólicos anônimos. Me considerava um alcoólatra, não conseguia produzir, bebia 24 horas por dia. Depois de três meses parei com o vício. Voltei a trabalhar a produzir. [...] (H10)

[...] Quando fiquei doente, já tinha parado de fumar há 12 anos. Mais sempre bebia cerveja. Parei rsrs [...] (H12)

[...] Já tinha parado de beber. Parei de fumar quando descobrir que estava doente, com câncer [...] (H15)

[...] Parei de fumar em 2008. Fumava pouco. Era diversão mesmo. Bebia socialmente, moderadamente, somente nas festas de final de semana [...] (H18)

*[...] Tinha uma vida normal. Parei de fumar e beber. Melhorou a minha saúde [...] (H20)*

No autorrelato (H10), o homem expressa que sua qualidade de vida era muito pior e considerava-se um alcoólatra. Não produzia, e, em consequência do consumo excessivo de bebida alcoólica nas 24 horas, procurou ajuda de cuidado clínico e psicossocial no Centro de Alcoólicos Anônimos, manifestando satisfação com o sucesso de ter conseguido interromper o vício quando obteve melhora na qualidade de vida. A expressão “não produzia” evidencia a questão do masculino, do homem provedor da casa que sustenta a família financeiramente. Produzir significa trabalhar, no âmbito da produção de masculinidades.

Tagliamento (2010) pesquisou o não trabalho e masculinidades produzidas em contextos familiares de camadas médias. Verificou que as práticas discursivas dos sujeitos da pesquisa eram atravessadas pelo enunciado trabalho, o qual propiciava produção de práticas cotidianas e masculinidades calcadas nas normas de gênero, pois, para ser considerado homem, deve trabalhar, produzir, e sustentar a família.

Para Barbosa, (2013), o alcoolista é concebido como uma pessoa que sente necessidade de fazer uso da bebida alcoólica diariamente, e não consegue ficar um longo período sem o álcool, considerado como uma doença crônica e um problema de saúde pública e social.

Além disso, o significado de alcoolismo é um conjunto de fenômenos comportamentais cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o consumo consistente e excessivo associado à preocupação em tomar a droga e a dificuldade de controlar o consumo, ao ponto desse comportamento interferir na vida pessoal, social, familiar e profissional da pessoa (VILELA,2015).

De acordo com Ministério da Saúde (2004), o hábito de ingerir bebida alcoólica é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de subsídios para a construção coletiva do enfrentamento. A Política de Atenção Integral ao uso de álcool está relacionada com a prevenção do uso abusivo e dependência do álcool. É definida como um processo de planejamento e implementação de estratégias na redução dos fatores de risco e fortalecimento nos fatores de proteção.

Diante disso, quando percebiam que o consumo diário de bebida alcoólica e o hábito de fumar estavam prejudicando a saúde, os pacientes buscaram a cessação, por contra própria, com determinação e perseverança. Foi uma batalha que venceram, pois parar de fumar sozinho significa que podem fazê-lo do seu jeito. Segundo Veny (2011), uma das bases para o



abandono exitoso do fumo é a decisão sólida dos pacientes de quererem desistir do hábito considerado não saudável para a qualidade de vida:

*[...] Quando eu soube que estava doente, já tinha parado de beber fazia um ano. O meu primo que me incentivou a parar. Eu fumava uma carteira e meia de cigarro. Ai parei também [...]* (H17).

*[...] Quando foi constatado o câncer, comecei a tratar. Tive que parar de fumar. Quando vim para Hospital do Câncer I, não fumava mais. A bebida tinha parado há 10 anos[...]*(H2).

Sattler (2013), estudou prevalência da abstinência ao tabaco de pacinetes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados, os resultados direcionam para a necessidade dos profissionais da área da saúde repensarem estratégias para a promoção e a manutenção da abstinência, como a implementação e acompanhamento ativo dos tabagistas tratados ou não por determinado tempo, até por um ano.

*[...] Passei muito mal à noite e jurei para mim: vou parar de beber! E parei. Quando fiquei doente, já tinha parado de beber há dois anos, mas continuava fumando cigarro. Maconha não parei. Foi uma luta, no Hospital do Câncer I, me encaminharam para uma consulta médica de cessação do fumo. Fiquei com vergonha. Não fui à consulta. As pessoas me ajudando com o câncer... Pensei: vou parar de fumar e parei. Nunca mais fumei. Nem maconha, nada [...]*(H24).

Devem-se proporcionar condições facilitadoras por meio de uma informação qualificada e contínua que vise à manutenção da abstinência do álcool e a reformulação no estilo de vida do homem, objetivando a sua inserção na sociedade. No autorrelato seguinte (H5), o participante expressa que considerava a qualidade de vida muito boa antes da cirurgia. Trabalhava normal, bebia e participava de festas somente aos finais:

*[...] Antes da cirurgia, minha qualidade de vida era excelente. Muito melhor. Fumava e bebia moderado, tranquilo. Trabalhava normal. Tomava uma cerveja nos finais de semana em uma festinha [...]* (H5).

World Health Organization (2010) estabelece que o consumo aceitável de álcool é até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que uma dose contém de 8 a 13 gramas de etanol. Os homens não devem ultrapassar o consumo de três doses diárias e as mulheres, duas doses diárias. No entanto, homens e mulheres devem ficar sem beber dois dias na semana.

Implícita ou explicitamente, os participantes relataram que ainda consomem um aperitivo alcoólico nas refeições, consideram que não é prejudicial à saúde.

*[...] Ainda continuo bebendo cerveja nos finais de semana nos barzinhos [...]* (H5)  
*[...] Ainda bebo. Antes das refeições eu tomo um copo de vinho. O médico falou que não tem problema [...]* (H12).

O estudo de Alves (2011) verificou que os homens bebiam com frequência aos finais de semana, de uma a quatro vezes por semana, pois o consumo de bebidas alcoólicas era

encarado de forma natural, não demonstraram preocupação quanto ao uso frequente de bebidas alcoólicas.

### **Subcategoria 5.3.2 - Atividades de recreação**

Evidenciou-se que os participantes desta pesquisa praticavam atividades de lazer antes do adoecimento, jogavam futebol; trabalhavam; frequentavam academia; mergulhavam no mar; namoravam; bebiam; fumavam; passeavam, fazia de tudo, iam a festas e cinema; conversavam com amigos e vizinhos, manifestavam satisfação com as atividades de lazer/recreação realizadas ao longo da vida.

*[...] Minha vida era muito melhor porque eu fazia tudo: passeava, trabalhava jogava futebol com meus amigos ia a churrasco [...] (H18)*

*[...] Antes de operar, ia à academia e fazia exercícios físicos. Divertia-me gostava muito de mergulhar no mar [...] (H19)*

*[...] Antes da cirurgia eu fazia tudo: namorava, bebia, fumava, ia a festas [...] (H21)*

*[...] Nunca fui de sair mesmo, por causa da violência. Sempre fiquei em casa. Só saia pela comunidade. Converso com todo mundo, detesto confusão [...] (H22).*

*[...] Minha qualidade de vida, antes da cirurgia, com certeza, era muito melhor. Quando começou essa história toda, eu estava em Mauá, em uma peixada No dia que o médico falou sobre a cirurgia, fiquei o dia todo no cinema com a minha esposa [...] (H23).*

*[...] Antes da cirurgia, saia pra farra [...] (H24)*

Identificou-se que os homens consideram as atividades de trabalho, o consumo de bebida alcoólica e a diversão aos finais de semana como maneira de aproveitar a vida cotidiana, desconhecendo que algumas atitudes como o tabagismo são prejudiciais à saúde ao longo da vida. Percebe-se a dificuldade desses homens de reconhecerem a vulnerabilidade e se responsabilizarem pelo próprio cuidado com a vida.

### **Subcategoria 5.3.3 - Alimentação pela boca**

Os dados da pesquisa mostram que os participantes da pesquisa consideraram a qualidade de vida antes da cirurgia muito melhor, porque sentiam prazer, paladar, mastigar, comer hambúrguer, churrasco e beber:

*[...] Antes de ficar doente a minha qualidade de vida era muito melhor porque podia me alimentar pela boca, mastigar, fazer tudo, entendeu? [...] (H9)*

*[...] Antes da cirurgia, era muito melhor. Podia comer e beber de tudo pela boca [...] (H19)*

*[...] Antes do câncer, eu gostava de comer hambúrguer e churrasco [...] (H23)*

Nesse sentido, o adoecimento pelas neoplasias de boca, laringe e faringe e o tratamento cirúrgico apresentam consequências reversíveis ou irreversíveis, como a alteração nas funções da mastigação e deglutição, proporcionando ao homem limitações nessas funções. Um estudo de representações sociais sobre o tratamento oncológico evidenciou que, após a realização da cirurgia, o discurso dos pacientes confirmavam medos e expectativas antes do tratamento, principalmente no impacto e necessidades de adaptação as limitações funcionais decorrentes do procedimento (LEITÃO, 2013).

Nesse sentido, alimentar-se pela boca foi um dos fatores considerados positivos de percepção de qualidade de vida para os homens antes da cirurgia, que se torna evidente nos resultados dessa pesquisa. Alimentação por via oral é característica de uma alimentação normal que envolve uma ingestão balanceada do alimento para satisfazer os requisitos de energia necessária para a função orgânica, movimento do corpo e trabalho (GUYTON, 2002).

#### **Subcategoria 5.3.4 - Atividades de trabalho**

Constatou-se que a qualidade de vida antes da cirurgia, era muito melhor. Da mesma forma os pacientes tinham uma vida saudável, pois poderiam realizar as atividades de trabalho, se sentiam ativos e fortes:

*[...] Trabalhava como pedreiro [...] (H1)*

*[...] Trabalhava normal [...] (H5)*

*[...] Trabalhava em uma empresa com treinamento de ensino, ministrando aulas para os funcionários, [...] (H13)*

*[...] Antes da cirurgia minha vida era muito melhor porque estava trabalhando como guarda municipal em uma empresa de contrato. Já estava frequentando a igreja e pagando minha casa própria [...] (H17).*

*[...] Era a mesma coisa. Só que saía para trabalhar, era motorista de caminhão [...] (H19)*

*[...] Antes de ficar doente eu tinha uma vida normal. Trabalhava, era uma pessoa saudável, carregava dois sacos de cimento e subia escada. Era bem forte. Uma pessoa ativa. Sempre fui ativo [...] (H23)*

Evidencia-se a masculinidade hegemônica nos relatos: carregava sacos de cimento; estava trabalhando pagando casa própria como provedor da casa. Um estudo com homens e masculinidades constatou que os pacientes trazem consigo a responsabilidade de provedor, papel esse atribuído historicamente à população masculina, que se torna prioridade por possibilitar o cumprimento de suas obrigações (CAVALCANTI, 2014).

Observa-se que esses depoimentos são repletos de alusões ao estereótipo de que a masculinidade é ser um homem forte que trabalha, carrega peso, produtivo, ativo, envolvido nas tarefas múltiplas da vida cotidiana.

### **Segundo eixo - Atitudes do cotidiano que levaram os homens ao adoecimento**

Constatam-se nos resultados dessa pesquisa e na literatura pesquisada que os homens adoeceram devido a algumas atitudes do cotidiano, como hábitos de vida considerados não saudáveis, a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior e as atividades de trabalho em excesso.

#### **Subcategoria - 5.3.5 Genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior e hábitos de vida não saudáveis**

Evidências epidemiológicas sugerem que variantes genéticas que codificam enzimas envolvidas no metabolismo modulam o risco de câncer de cabeça e pescoço por alterar a metilação, a síntese de desoxirribonucleico (DNA) e a estabilidade genômica (GALBIATTI, 2012).

Os principais fatores de risco já estabelecidos são o tabagismo e o etilismo que quando atuam em conjunto, multiplicam o risco, especialmente o câncer de cavidade oral e faringe, isso porque o cigarro possui aproximadamente 4.700 mil substâncias tóxicas, sendo cinquenta carcinogênicas. As toxinas encontradas no tabaco, como a nicotina podem agir como indutores de uma resposta inflamatória na cavidade bucal, através da formação de espécies reativas de oxigênio, da peroxidação de lipídios e do aumento de óxido nítrico, que com o tempo pode vir a desenvolver um câncer ou uma lesão pré-cancerosa (VIEIRA, 2015; LEE, 2012).

Estudo de Hashibe (2007) mostrou que o consumo de álcool, independente do fumo, apresentou risco elevado para o câncer de orofaringe e laringe em indivíduos que nunca fumaram. O consumo excessivo de álcool resulta em deficiências nutricionais devido às falhas na absorção intestinal e alteração nas vias metabólicas.

Os dados mostram que os hábitos de vida considerados não saudáveis como o álcool e o tabagismo estão intrinsecamente relacionados com a genética do câncer, pois estudos estabeleceram associação entre a nulidade do genótipo GSTM1 e dos genótipos combinados GSTT1/GSTM1 com a ocorrência das neoplasias do trato aerodigestivo superior que derivam do epitélio da cavidade oral, laringe e faringe (GALBIATTI, 2012; LEME, 2010).

Nesse sentido, os entrevistados consideraram atitudes da vida cotidiana não saudáveis:

*[...] Antes de saber que estava doente bebia e fumava muito [...] (H2).*

*[...] Fumava e bebia moderado. Tomava uma cerveja no final de semana, em uma festinha [...] (H5)*

*[...] Eu bebia 24h por dia. O dinheiro não dava para nada somente para bebida. Fumava também [...] (H10).*

*[...] Fumava dez cigarros por dia. Comecei a fumar com 16 anos, quando comecei a trabalhar. Ai comecei aprender a fumar. Você aprende um monte de coisa que não deve [...] (H13).*

*[...] Fumava e bebia cachaça. Morava e dormia na rua antes de ficar doente com câncer [...] (H14).*

*[...] Fumava muito, um maço de cigarros por dia [...] (H15).*

*[...] Comecei a fumar com 14 anos de idade e a beber com sete anos de idade. Antigamente gastava em torno de trezentos reais só em cigarro. Tinha que pegar dinheiro emprestado com minha filha para comprar cigarro. Era um cigarro atrás do outro quando ficava nervoso [...] (H22)*

*[...] Fumava e bebia muita cerveja, conhaque, dependendo das circunstâncias [...] (H23)*

Alguns homens consideraram que, se não fumassem a vida toda, não teriam desenvolvido o câncer de boca, laringe, mas, para o ser humano, aprender hábitos de vidas não considerados saudáveis é muito fácil do que não aprender:

*[...] Bebia cachaça 5l, fumava cigarro, maconha, cocaína, fazia todo tipo de extravagância. Fiz muita extravagância, bebia. Essa coisa é fácil de aprender. Tudo que é ruim você aprender fácil. Acordava de manhã já bebendo. Tremia para caramba. O importante é a saúde. Todos nós temos medo de morrer. Se tivesse pensado direitinho, não tinha feito nada disso, não tinha fumado, nem bebido [...] (H24).*

*[...] Eu vivia no fundo do poço. Significa que é o cara que se entrega na bebida alcoólica. Queria parar de beber e fumar e não parei. Ai desenvolvi o câncer de boca. Assim é a vida[...] (H20)*

A literatura especializada em genética propõe que ações educativas, um dos pilares no processo de aconselhamento genético, que incluem sessões em grupo e individuais, sejam traçadas de acordo com a capacidade de compreensão, nível educacional, formas de percepção de risco, história pessoal e familiar de neoplasias, com consideração às crenças e hábitos culturais do paciente. Além disso, recomenda-se que os principais tópicos a serem abordados incluam conceitos básicos de genética e genômica, o câncer como doença genética e hereditária, aspectos etiológicos e fatores de riscos, pois doença genética são alterações no DNA (SANTOS, 2013).

Em seu estudo, Leme (2010) analisou os genes GSTM1 e GSTT1 em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e concluiu que os genes apresentaram predominância em

pacientes tabagista e etilista para a ocorrência das neoplasias do trato aerodigestivo superior. No entanto, tornam-se necessárias mais pesquisas em diferentes populações para esclarecimentos do papel desses genes na etiologia desse câncer.

Estudos genéticos mostram que os genes parecem modular o risco para o desenvolvimento das neoplasia do trato aerodigestivo superior, mas ainda existem controvérsias entre pesquisadores, sendo necessários estudos com diferentes populações para o esclarecimento do papel dos genes na etiologia do câncer. O gene mutante é chamado de oncogene e o gene normal de proliferação recebe o nome de proto-oncogene (JENKINS, 2011).

Nessa perspectiva, deve-se orientar o homem sobre a influência da genética na causa do câncer do trato aerodigestivo superior e a importância na avaliação de risco e no aconselhamento genético do câncer.

#### **Subcategoria 5.3.6 - Atividades de trabalho em excesso**

Os dados mostram que os homens colocavam o trabalho em primeiro lugar, dando pouca atenção ao cuidado da saúde, deixando-o em segundo plano, mesmo o corpo sinalizando alguma alteração orgânica:

*[...] Antes do diagnóstico do câncer, não dava para fazer nada, porque não tinha fôlego, não conseguia respirar direito. Ai procurei um médico [...] (H4).*

*[...] Trabalhava até um mês antes do diagnóstico da doença. Estava correndo atrás. Fiquei muito rouco. Falei com a médica que trabalhava comigo. Ai, ela conseguiu uma fono para mim e fiz por três meses e não melhorava. A única coisa que me incomodava era a rouquidão [...] (H5).*

*[...] Não me cuidava. Só pensava no trabalho e no dinheiro. Quando descobri que estava doente passei a me cuidar [...] (H1).*

Essas atitudes podem ser refletidas nos dados apresentados no estudo de Moura (2012) cujas estatísticas mostram que a maioria das causas de mortes ocorre em homens adultos na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, 2,3 vezes maior do que nas mulheres e com menor expectativa de vida, pois a busca por uma consulta médica acontece somente com o surgimento de uma doença, inviabilizando as ações de saúde voltadas à promoção de saúde do homem e a prevenção de doenças. Isso se caracteriza com a estrita relação entre um modelo culturalmente construído pela sociedade contemporânea de masculinidades e sua influência no cuidado com a saúde.

A impossibilidade de abandonar as atividades laborais funciona não só como um empecilho na busca pelos serviços de cuidado, mas contribui para a perspectiva de ser o trabalho a única atividade importante na vida cotidiana dos homens.

Além disso, nas falas dos homens, encontramos a questão da doença ocupacional relacionada ao tipo de trabalho com material sintético, cola e poeira de asfalto, e madeira:

*[...] Fazia tudo normal. Trabalhava com poeira, usina de asfalto e como motorista de caminhão. A rouquidão ia e voltava. Nos últimos cinco anos foi aumentado. Fazia gargarejo com romã que diziam que era bom para garganta, não resolvia nada. Antes, tinha ido ao clínico geral, mas não pediu exame nenhum, passou um remédio que não resolveu. [...]* (H19).

*[...] O problema do meu câncer foi porque trabalhava com tinta sintética, que tinha um mau cheiro, coleí muito vulcapiso com a cola [...]*(H14)

*[...] Não me cuidava. Trabalhava com madeira, poeira e barulho, pegando peso [...]*(H24).

A atividade profissional também parece estar associada ao desenvolvimento do trato aerodigestivo superior, as atividades ocupacionais manuais, renda baixa, classe social e ocupacional baixa, escolaridade e desemprego estão correlacionados com maior risco de desenvolvimento do câncer de cavidade oral.

O trabalho em oficinas mecânicas expõe o trabalhador a um risco aumentado de desenvolver câncer da cavidade oral e da orofaringe, assim como pintores, açougueiros, pedreiros, encanadores e trabalhadores da construção civil. No caso das neoplasias da laringe e da faringe, algumas atividades profissionais também estão implicadas como o trabalho na indústria de vidro e cerâmica, operação de equipamentos de transporte, trabalho na indústria de manufatura de produtos de metal, trabalho em mineração de carvão e em serviços sanitários trabalhadores da construção civil, de olarias, trabalho na fundição de ferro e aço e na indústria da borracha (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOSMES DA SILVA, 2012).

As neoplasias do trato aerodigestivo apresentam um diagnóstico e tratamento que influenciam na vida ocupacional do homem. Estudo de Barrozo (2014) os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço em tratamento cirúrgico isolado, demonstrou-se que ocorreram mudanças ou perdas de papéis ocupacionais, principalmente do papel de trabalhador, as consequências psicossociais e ocupacionais do câncer de cabeça e pescoço devem ser consideradas e cuidadas com efetividade ao paciente.

Constatou-se que os homens desconhecem o sentido amplo sobre qualidade de vida antes do adoecimento, focando, predominantemente, nos aspectos físicos e biológicos. Há uma fragilidade sobre a importância de medidas de prevenção, manutenção da vida,

apresentando dificuldades em manter hábitos de vida saudáveis, como interrupção precoce do tabaco e a procura de consulta médica periodicamente com finalidade preventiva de promoção à saúde.

Os dados evidenciaram que as atitudes consideradas positivas pelos homens ante os cuidados clínicos com a saúde sobressaíram-se perante os aspectos de atitudes que levaram ao adoecimento, merecendo destaque as seguintes atitudes: as mudanças nos hábitos de vida cotidiana como cessação do fumo e da bebida alcoólica antes do adoecimento; faziam atividades de lazer como ir à praia, festinhas de finais de semana; jogavam futebol com os amigos; desenvolviam as atividades laborais, alimentavam-se por via oral com mastigação e deglutição e com fisiologia considerada normal. O seu estilo de vida era considerado normal, com qualidade.

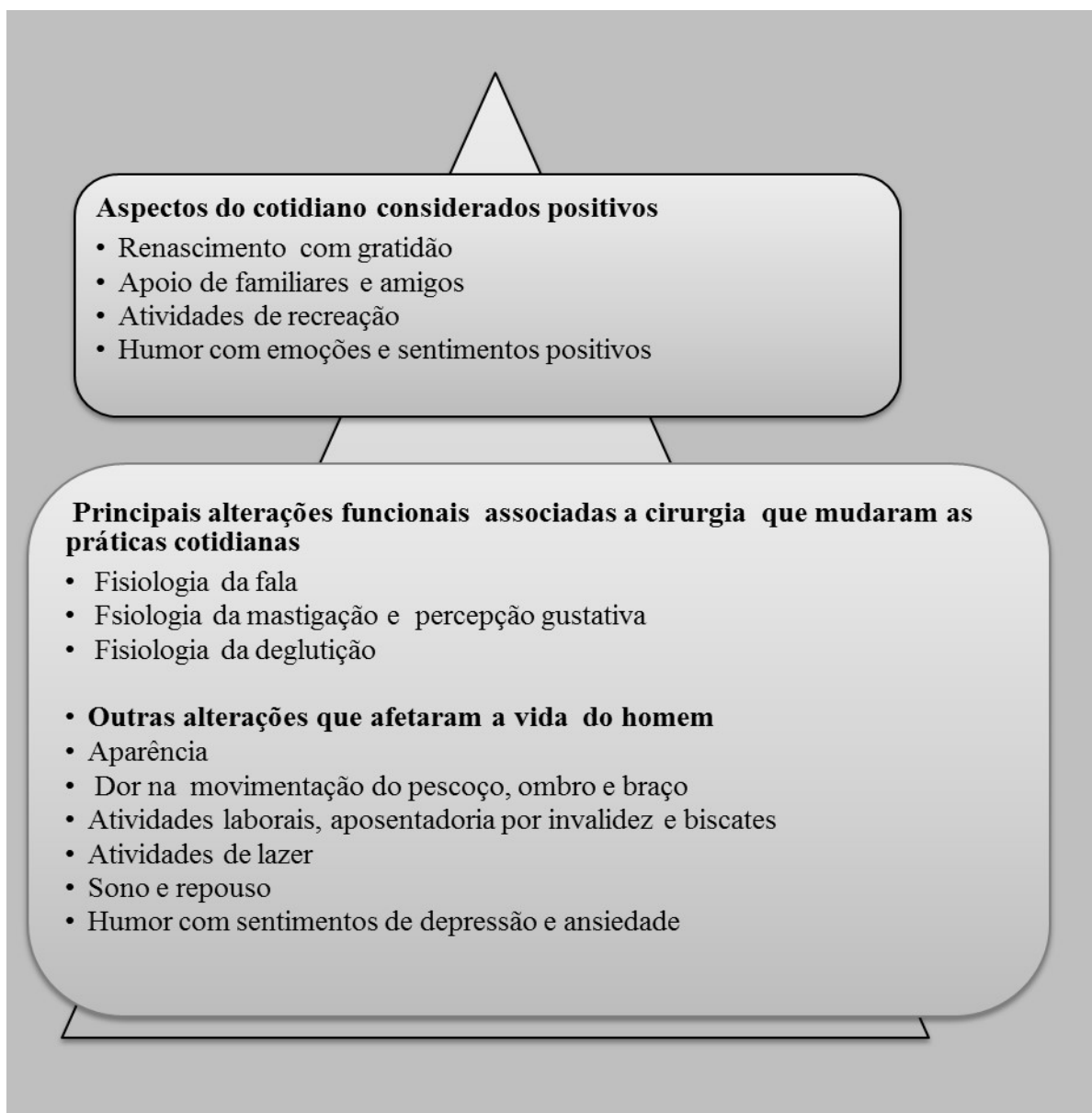
Quanto às atitudes que os levaram ao adoecimento por câncer ressaltam-se a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior, associada aos hábitos não saudáveis como o tabagismo e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas praticadas durante uma vida inteira, às vezes iniciados na infância ou na adolescência; e as atividades laborais em excesso, colocadas em primeiro lugar, com procura tardia por cuidado à saúde somente ao sinal de algum sintoma, como a disfonia e a dispneia.

Para os homens, a qualidade de vida antes do tratamento cirúrgico significava poder trabalhar, como realização pessoal; ganhar dinheiro e ter condições financeiras para sustentar a família; satisfação das necessidades básicas de prazer como alimentação pela boca; comer churrasco, mastigar, fumar e beber em uma festa com amigos e familiares.

#### **Categoria – 4 Qualidade de vida relacionada à saúde do homem depois do tratamento cirúrgico**

Constataram-se nessa categoria dois eixos temáticos: os aspectos do cotidiano considerados positivos e os aspectos do cotidiano que mudaram a qualidade de vida.





**Figura 6** - Apresentação dos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida depois da cirurgia

### **Primeiro eixo temático - Aspectos do cotidiano considerados positivos depois da cirurgia**

Esse primeiro eixo temático caracterizou-se com quatro subcategorias, a saber: renascimento com gratidão; apoio de familiares e amigos, atividades de recreação e humor com emoções e sentimentos positivos.

#### **Subcategoria 5.4.1 - Renascimento com gratidão**

Nos autorrelatos, os pacientes enfrentaram o tratamento cirúrgico em consequência das neoplasias de laringe, faringe e boca com renascimento e luta pela vida, explicitaram a estreita relação com a dimensão espiritual fundamentada na preposição da existência de Deus. Nem

todo mundo que entra em uma batalha sai vencedor, mas apenas o ato de lutar pelo que se acreditar pode garantir superações e transformações em uma nova vida. A seguir, os depoimentos:

*[...] Depois da cirurgia, renasci. Foi um renascimento para mim. Agradeço à Deus por isso e pela minha saúde [...]* (H12).

*[...] O importante é que estou vivo. Comecei a sair no portão e depois na rua. Saía no portão para encontrar com meus amigos saía com meu irmão, minha cunhada. Hoje estou normal, nem paro em casa [...]* (H4)

*[...] Sou muito materialista, eu sei. Se não morrer agora, vou morrer mais tarde. A questão é que vou lutar para viver. Se não der, vou deixar isso, vou deixar aquilo... Um dia vou ter que morrer [...]* (H10)

*[...] Não tenho o que reclamar, Graças à Deus, está dando para levar a vida [...]* (H9)

*[...] Depois que fiz a cirurgia nunca mais tomei remédio, não sinto dor. Deus é muito bom para mim, Deus e vocês, os profissionais da equipe de Saúde [...]* (H14).

*[...] Estou tranquilo e de bem com a vida. Creio que se a agente reclamar da vida vai procurar mais problemas [...]* (H1).

*[...] Minha qualidade de vida não mudou, porque tudo que acontece com a gente e para nosso crescimento espiritual e pessoal serviu como uma ancora. Pedia a Deus para me tirar do jogo de bicho desse meio. Fiquei desempregado dois meses, aí fui chamado para trabalhar como guarda municipal. Sai do quarto do meu irmão com ajuda de Deus [...]*(H17)

O procedimento cirúrgico foi como um marco de um recomeço na vida dos homens que buscaram forças nas energias Divinas, como estratégias de enfrentamento e superação no tratamento cirúrgico.

O estudo de Freitas (2013) teve resultados similares de homens com traqueostomia por câncer de laringe, revelou que não se entregaram, lutaram para viver. O agradecimento a Deus proporcionou um bem-estar espiritual e conforto por não sentirem mais dor. Espiritualidade é um marco para a nova etapa da vida, especialmente a partir do momento em que as crenças religiosas e espirituais têm demonstrado ter forte impacto como estratégia no enfrentamento das diversas situações de desequilíbrio orgânico e suporte na recuperação da saúde (PENHA, 2012).

Em 1998, World Health Organization (WHO), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significados e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.

Assim, deve-se envolver um cuidado solidário, que se apresenta além de procedimentos técnico, como: colocar-se no lugar do outro; respeitá-lo como ser humano; expressar gentileza;

atenção; carinho; simpatia; ter amor; compaixão, entre outras maneiras de um cuidado solidário.

A espiritualidade caracteriza-se em uma dimensão do cuidado, pois deve-se reconhecer que os homens expressaram as necessidades espirituais de forma sutil. e, por vezes, o câncer do trato aerodigestivo superior e o tratamento cirúrgico configuram-se em um contexto vivencial desencadeador de sofrimento humano. A resposta ao processo de saúde-doença-cuidado e o sofrimento devem ter um foco de atenção às necessidades de cuidado da saúde do homem.

Estudo demonstrou que a espiritualidade pode ser uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente perante o câncer, atribuindo significado ao processo de adoecimento e sofrimento. Assim, a espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas, sendo reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida (PINTO, 2015).

Dessa forma, com base na filosofia da crença, torna-se necessário o significado de dois termos: crença e dúvida. Crença é a aceitação da verdade de uma declaração, sem que haja comprovação racional e objetiva. Diversamente, dúvida é a incapacidade de determinar se algo é verdadeiro ou falso ou de decidir pró ou contra alguma coisa. Portanto, crença é fundamento da dúvida. Duvidar não significa evitar crenças não comprovadas, uma vez que a própria dúvida se apoia em fé não comprovada, confiança em um conjunto de compromissos de fé (JAPIASSÚ,2006).

O procedimento cirúrgico melhorou minha qualidade de vida:

*[...] Depois da cirurgia, melhorou muito. Não tenho mais dente para sentir dor, nem dente para inflamar, porque, para realizar a cirurgia na boca, eu precisei retirar todos os dentes. [...] (H1)*

Os homens adotaram a dimensão espiritual como forma de gratidão a todos que os ajudaram de forma direta ou indiretamente na recuperação e no cuidado à saúde, pois as crenças e valores espirituais se modificam em resposta a doença e ao tratamento oncológico cirúrgico. Estudo de Oliveira (2012), demonstrou que a espiritualidade quando bem integrada na vida do paciente, contribui de forma positiva para a saúde mental, pois, a forma como o sujeito se deixa afetar e como interpreta essas experiências, e o que produz enquanto sentido para a sua vida. A espiritualidade deve ser reconhecida pelos profissionais da saúde como um recurso que favorece a saúde mental do homem em tratamento cirúrgico oncológico.

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (2015) e Horta (1979), a espiritualidade é uma dimensão do cuidado de enfermagem. Quando realizado, raramente é

registrado nas folhas de evolução da enfermagem, assim como não costuma ser prescrito no plano de cuidado diários. É importante o cuidado com a crença religiosa para ajudar o paciente a encontrar significado da vida e manter a esperança. A escuta da experiência da dimensão espiritual na atividade de cuidado de enfermagem e a capacidade de deixar-se afetar podem favorecer uma intervenção qualificada na dimensão espiritual do paciente.

Logo, a enfermagem é sustentada inegavelmente em princípios éticos, e exige-se que reconheça as suas competências em responder às necessidades de cuidado na dimensão espiritual, tal como Caldeira (2011) exemplifica ao refletir acerca do rezar/orar enquanto cuidado de enfermagem, pois o reconhecimento da equipe de enfermagem de si próprio é fundamental na atenção à dimensão espiritual.

#### **Subcategoria 5.4.2 - Apoio de familiares e amigos**

Os homens agradeceram aos familiares e amigos pela ajuda no cuidado com a vida e na recuperação da saúde após a cirurgia, no processo de transição saúde-doença-cuidado, em uma relação de preocupação da família doente:

*[...] Meus irmãos me ajudaram, em tudo que precisava me ajudavam. Estou tranquilo e de bem com a vida. Se a gente reclamar a coisa fica pior [...](H1)*

*[...] Me dou muito bem com a minha família. Esposa, agradeço muito a ela. Até hoje não sai de perto de mim um segundo. Ajudou na minha recuperação de saúde. Quando fiquei doente não tinha nem mãe nem pai vivo. Agradeço à minha esposa, meus irmãos e meus amigos pela atenção. Ainda tenho ajuda de todos [...](H4).*

*[...] Minha esposa mora comigo há 26 anos e agora com a doença., Ela gosta muito de mim ou tem muita pena. Classifico assim [...](H10)*

*[...] Minha família ajudou a pagar a prótese obturadora da boca [...](H13).*

*[...] Sou casado. Minha esposa me ajudou nos cuidados com a saúde [...](H9).*

*[...] No início quando fui de alta para casa tive a ajuda da minha irmã, sobrinha e cunhado. Fiquei dois meses na casa da minha irmã [...](H16).*

*[...] Toda a minha família me ajudou quando saí do hospital [...](18)*

*[...] Quando operei meus amigos vieram me visitar em casa [...](H19)*

*[...] Meus amigos e minha família me visitavam. Meu companheiro queria só ele, se estivesse somente ele, estava bom. Eu fiquei com dependência do companheiro. Quando chegava à casa, queria que ficasse sentado ao meu lado. Tirou um mês de licença no trabalho para ficar comigo. A gente não tinha empregada, aí quando voltou a trabalhar queria colocar uma empregada. Não precisava, fui me adaptando e me recuperei muito rápido [...](H5)*

*[...] Tenho um monte de pessoas na família que me ajudam [...](H6)*

*[...] A sorte que tive uma esposa que me ajudava muito. Nessa hora ela não me abandonou [...] (H20)*

*[...] O câncer por si só não é só uma doença, é um problema psicológico, social, econômico, não é isso? É familiar. O câncer afeta a família, amigos, trabalho, renda. Mexe com os amigos, eles se afastam. Você se sente abandonado. Meu irmão mais novo só foi me visitar em casa. Tenho vários irmãos, mas só tem contato com três irmãos [...] (H23)*

*[...] Moro com minha irmã, ela sempre me ajudou [...] (H24)*

É exceção a fala de H7, de que não teve ninguém para ajudar nos cuidados com a saúde e com a vida depois da cirurgia, pois seus familiares eram falecidos.

*[...] Moro sozinho. Fiquei sem família. Meu irmão e minha mãe morreram. A cunhada mora no município de Petrópolis. Tenho um casal de filhos que moram longe e não tenho contato. Tenho um cachorro que é meu amigo... O nome dele é Tomba. Peguei pequenininho. Minha mãe falava que era vira-lata aí coloquei o nome dele de Tombalata... rs..rs[...] (H7).*

O significado de família é complexo e amplo, caracterizado por um grupo cujos membros se relacionam por meio do cuidado recíproco, responsabilidades mútuas e fidelidade, (HOUAISS, 2003).

A família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único e ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados em espaços e organizações domiciliares peculiares. Tais arranjos diversificados podem variar em combinações de diversas naturezas, seja na composição e nas relações familiares estabelecidas.

A composição pode variar em uniões consensuais de parceiros separados ou divorciados; uniões de pessoas do mesmo sexo; uniões de pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas com seus filhos, sendo cada um de um pai diferente; pais sozinhos com seus filhos; avós com os netos; e uma infinidade de formas a serem definidas, colocando-nos diante de uma nova família, diferenciada do clássico modelo de família nuclear. Temos como consequências dessas mudanças as transformações (OLIVEIRA, 2009).

Diante dos resultados obtidos, evidencia-se o envolvimento da família e amigos no cuidado ao homem em tratamento cirúrgico oncológico, pois, quando o paciente recebe o diagnóstico de câncer do trato aerodigestivo superior, além do impacto da existência do câncer que o aproxima dos temores de dor e sofrimento, teme-se a perda do controle da vida, a alteração da autoimagem e a rejeição da família, amigos e sociedade. Devido ao tratamento cirúrgico no pós-operatório, o envolvimento da família influencia a adaptação e recuperação de saúde do homem.

O suporte emocional de ajuda da família e amigos deixou evidente para os homens que estavam sendo cuidados e amados, pois a preocupação das pessoas significativas com o outro na relação de auxílio, na intenção de satisfazer as necessidades psicossociais do homem, ajudou na recuperação de saúde.

### **Subcategoria 5.4.3 - Atividades de recreação**

Entre as atitudes com aspectos positivos relacionados às atividades de recreação/lazer constataram-se nos autorrelatos: expressões de felicidade; bem-estar; sair para dançar; fazer dança de salão; ir ao cinema com a esposa; ir à festa de aniversário; participar de festa de carnaval, como cordão da bola preta; coordenadores de grupo de amigos estão de bem com a vida. Essas atitudes mostraram superação dos homens em relação ao tratamento cirúrgico:

*[...] Dirijo carro. Distraio-me [...]* (H4).

*[...] Faço dança de salão há dois anos. No início as pessoas me olhavam assim meio de lado. Fingia que não via. Outros olhavam faziam perguntas. Estou tranquilamente adaptado aos grupos de dança. Todo mundo me conhece. Faço ginástica. Eu me trato, me cuido, vou ao bar, ao baile, ao restaurante. Gostaria de fazer meditação, mas não consigo [...]* (H5).

*[...] Depois da cirurgia show de bola vinha na psicóloga. Aos poucos fui voltando tudo o que fazia antes: ia às festas; pagode; dançava. Fui ao Cordão da Bola Preta com a minha família. Lá a gente comia, bebia, com os amigos e o filho. Tenho ido ao bloco dos aposentados que é uma sexta feira antes do carnaval no Centro do Rio. Organizamos um grupo chamado “Nada me Aborrece, Tudo Bem, Tudo Certo” é o nome do grupo. Fazemos a festa todos os domingos. Comida de graça. Eu e meu filho e mais quatro amigos que organizamos a festa do grupo. Uma amiga que faz o almoço. Doamos um quilo de alimento para igreja, espaço onde é realizada a festa [...]* (H3).

*[...] Não tenho limitações para recreação. Faço parte de um encontro de caminhada de pessoas que estão afastadas da igreja, estão com vício das drogas, bebidas e fumo. Então se formou esse grupo para ajudar essas pessoas. É realizado em um sítio com integração. Muito bom! [...]* (H20).

*[...] Estou ativo, porque leio jornal, assisto televisão tenho uma atividade. Vida normal. Tenho amizade com vizinhos e minhas irmãs que moram perto de mim. Tenho dois netos da minha filha. Vou à igreja, festas e a passeios [...]* (H21).

Um estudo evidenciou que os sentimentos positivos pode representar uma fuga da realidade, dos sentimentos negativos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado, pois a capacidade de alegrar-se, vivendo com prazer, além de liberar endorfinas, que são relaxantes musculares, ativa o sistema imunológico (TEIXEIRA, 2011). Nesse contexto, os sentimentos positivos caracterizados na fala dos homens consistiram em: adorar viajar; gostar de passear; sair com a esposa; fazer festa com amigos e familiares; dançar, entre outras atividade de recreação.

Além disso, masculinidades como questão de poder são manifestadas pelo sentimento de sair com autonomia, viajar e dirigir o carro da família:

*[...] Dirijo, me distraio. Minha família conversava comigo. Aí comecei a me adaptar, comecei a sair, encontrar meus amigos na rua, ir à casa da minha cunhada. Hoje fico mais tempo na rua do que em casa, quase não paro em casa. Meu humor não alterou. Eu brinco com os amigos [...] (H4).*

*[...] Adoro dirigir. Viajo para casa do meu filho no município de Muriqui e participo de festinhas da minha família [...] (H18).*

*[...] Viajo para Estado de São Paulo onde minha filha mora e trabalha como coordenadora de baile. Vou dirigindo o carro RJ/SP, SP/RJ, sem problemas [...] (H19).*

*[...] Perdi as forças nos braços e pernas depois que operei. Tem dia que não consigo levantar, mas saio de casa, vou ao cinema, festa de aniversário, passeio com minha esposa. [...] (H10).*

*[...] Passeio para o município de Petrópolis, onde minha irmã tem uma casa, adora fazer isso [...] (H14).*

*[...] Ando de bicicleta com meu neto de dois anos, venho da central ao hospital andando, vou à festa, a igreja, vou à pizzaria com minha filha e genro [...] (H17).*

*[...] Depois da cirurgia, eu ainda vou às festas, churrasco com amigos [...] (H22).*

Os dados da pesquisa mostram que os homens adoram realizar atividades de lazer, como: dirigir automóvel como distração na vida cotidiana, uma atividade considerada de bem-estar que continuaram realizando mesmo depois do procedimento cirúrgico, não alterando a qualidade de vida.

#### **Subcategoria 5.4.4 - Humor com emoções e sentimentos positivos**

Evidenciou-se que o senso de bom humor foi caracterizado como sentimentos e emoções considerados positivos no cotidiano. Apesar do diagnóstico de câncer e do tratamento cirúrgico, os homens permaneceram com o estado de espírito animado, brincam com amigos e familiares, estão de bem com a vida, recebem bem os amigos nas visitas, estão felizes com a vida, mantêm a calma e o otimismo, com disposição de bem-estar:

*[...] Meu humor está bom em relação à minha saúde [...] (H9).*

*[...] Por causa do câncer, não estou deprimido. Fiquei deprimido por causa de outros problema. O meu humor geralmente é excelente. Em nenhum momento entrei em depressão[...] (H10)*

*[...] Excelente! Não fico deprimido por causa da doença. Quando me aposentei ganhei dinheiro de indenização. Aí acabei de construir a minha casa. Estou feliz e agradeço a Deus. Parei com o vício de beber e fumar, antes de saber que estava doente. Nunca deixei me abater. Brinco com os vizinhos e minha família [...] (H17)*

Estudo sobre o bom humor, bons sentimentos e afetividade apontam para uma boa qualidade de vida de uma pessoa, sobretudo para a prevenção de doenças e recuperação da

saúde, pois a pessoa de bom humor favorece o ambiente para que fique agradável. Assim ocorre também com o organismo; quando se cultiva sentimentos e emoções positivas, o corpo responde, reagindo de maneira positiva (MATIAS, 2014).

*[...] Meu humor é ótimo. Os meus amigos vão me visitar e recebo-os muito bem. Eles falam que estou ótimo, nem parece que operei. Quando tenho dificuldades, aí me bate uma depressão, mas acho que isso é geral. Quem não sente isso? [...]* (H18).

*[...] Meu humor não foi afetado pelo câncer. Mexe com a pessoa, mas não a ponto de ficar depressivo, porque aí você mesmo piora. Você não pode se entregar e nem se desesperar [...]* (H22)

*[...] Psicologicamente sou uma pessoa sóbria. Não quero que a doença me vença. Eu que tenho que vencer a doença. Não deixo a ansiedade e a depressão me abater. Quando sinto que está dando errado, volto. [...]* (H23)

Os resultados da pesquisa demonstram que os homens tem uma saúde emocional equilibrada, caracterizada pela satisfação com a vida. Com a situação do tratamento cirúrgico, focalizam o que desejam no cotidiano para satisfazer às necessidades de cuidado clínico à saúde. O humor está excelente, estão de bem com a vida. O bom humor caracteriza-se com a risada, o lazer, a alegria, que ajudam na recuperação da saúde e trazem vida longa. A pessoa alegre ajuda a alegrar o ambiente em que vive (DANTAS,2014).

Para compreender-se o significado de bom humor, primeiro é necessário entender o que são sentimentos e emoções. Emoções são reações breves a acontecimentos que ocorrem em nosso corpo e mente. Sentimentos são as mesmas reações, mas não são breves, podem durar dias, meses ou anos, como, exemplo, um susto é momentâneo, é emoção, mas ter medo de algo já é sentimento. Assim, os sentimentos são fenômenos subjetivos; emoções são relações afetivo-expressivas, relacionando aspectos psicológicos e fisiológicos (CEZAR, 2016).

Percebeu-se que os homens consideraram a questão do humor com emoções e sentimentos positivos como uma marca de felicidade, otimismo e gratidão, predominando a tranquilidade e a aproximação com a vida após um diagnóstico de câncer e o tratamento cirúrgico. O bom humor é considerado um elemento essencial na melhoria da qualidade de vida, promoção da vida e bem-estar.

Estudo de Silveira (2012) sobre oncologia de cabeça e pescoço enquadramento epidemiológica e clínica na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, demonstrou que as mulheres apresentam resultados de qualidade de vida globalmente inferiores em relação os homens, pois, a localização do tumor tem impacto sobre a



autopercepção de qualidade de vida numa perspectiva epidemiológica no sentido de melhor compreender o processo saúde-doença-cuidado.

### **Segundo eixo temático - Cotidiano do homem e as principais alterações no trato aerodigestivo superior associadas à cirurgia oncológica**

As principais alterações funcionais associadas ao tratamento cirúrgico foram evidenciadas nos relatos com modificações na fisiologia da fala, da mastigação e percepção gustativa e na fisiologia da deglutição. Nesse eixo temático, emergiram mais nove subcategorias descritas a seguir:

#### **Subcategoria 5.4.5 - Mudança na fisiologia da fala**

Os homens relataram alterações na fala após procedimento cirúrgico na cavidade oral, nas regiões da língua, amígdala e palato duro, com dificuldades para verbalizar palavras com a letra G, e o número seis, e falavam pouco, pois a língua incomodava. Essas alterações são caracterizadas como funcionais, como redução na inteligibilidade ocasionando mudanças na fala e na qualidade de vida:

*[...] Tenho dificuldade para dizer algumas palavras como biscoito, porque operei a língua, mas uso uma cânula de traqueostomia fenestrada que a fonoaudióloga me forneceu, que me ajudou a falar [...] (H12).*

*[...] Não posso falar muito, que aí me incomoda, não sinto dor, incomoda a língua [...] (H13).*

*[...] Operei a língua, tenho dificuldades para dizer algumas palavras, mas posso ser entendido ao telefone, porque quando estava falando ao telefone com uma pessoa, perguntei se estava entendendo o que eu falava, a pessoa falou que entendia tudo [...] (H18).*

*[...] Minha fala mudou muito, a operação foi na língua [...] (H23).*

*[...] Tenho dificuldade para dizer algumas palavras, mas posso ser entendido ao telefone, por exemplo, o nome Gugu, a letra G fica difícil de entender. Aí é melhor falar Augusto, Gustavo, o número seis não entendem, aí falo meia dúzia [...] (H24).*

A língua é um órgão formado por musculatura estriada esquelética que faz parte do sistema digestivo, revestida por uma membrana mucosa com uma estrutura que varia de acordo com a região. Este órgão é essencial para que a fala seja inteligível. O começo do processo de digestão, moldando e guiando o alimento, está relacionado ao sentido do paladar e da formação de fonemas da fala (GUYTON, 2012).

A alteração na produção da fala ocasionada pelo procedimento cirúrgico com excisão de parte da língua, conhecido pelo termo técnico de glossectomia parcial, caracteriza-se pelo

comprometimento da imprecisão articulatória e distorção dos fonemas dentais, alveolares e palatais (VIEIRA, 2009)

Nesta pesquisa, os homens apresentaram limitações na articulação da fala com impacto na inteligibilidade, ocasionada pela imprecisão articulatória e pela alteração na qualidade vocal, com necessidade de cuidado com a fonoaudiológica para modificar e adaptar a função da fala, além de proporcionar qualidade de vida.

Quanto ao significado, inteligibilidade da fala é o grau no qual a mensagem do falante pode ser decodificada pelo ouvinte, pois refere-se à facilidade com que o ouvinte é capaz de entender a fala de seu interlocutor. A inteligibilidade não deve ser vista apenas como um atributo do falante, pois é dependente de variáveis relacionadas ao ouvinte e ao contexto no qual a comunicação acontece (BARRETO, 2008)

Para Vieira (2009), a neoplasia na cavidade oral compromete as funções da fala, que se tornam mais alteradas após a cirurgia em função da retirada de estrutura, como a língua, fundamental para o desempenho. Dependendo das estruturas envolvidas na ressecção do tumor, as consequências na fala podem ser temporárias ou duradouras, sendo esta a principal alteração na qualidade de vida após a cirurgia.

Nesse sentido, torna-se fundamental orientar os homens com alterações na fala sobre a importância do seguimento ambulatorial para reabilitação fonoaudiológica no qual serão utilizados exercícios de velocidade e ritmo para melhorar a inteligibilidade da fala e modificar e adaptar as funções, proporcionando melhor qualidade de vida.

#### **Subcategoria 5.4. 6 - Alterações na fisiologia da mastigação e percepção gustativa**

Foram relatadas pelos homens modificações na mastigação e no paladar, relacionadas ao tratamento cirúrgico na cavidade oral, que se caracteriza pela retirada da parte da língua, pelve e mandíbula, ocasionando alterações funcionais na mastigação e na qualidade de vida. Os fatores que modificaram a alimentação relacionados à mastigação foram: consistência sólida da alimentação com necessidade de liquidificar os alimentos; ausência das arcadas dentárias anteriores e/ou posteriores; desvio de comissura labial; língua presa; e necessidade de a alimentação ser de consistência líquida e pastosa:

*[...] Depois da cirurgia mudou muito, porque muda. A comida precisava liquidificar para poder comer não tenho dentes, o médico falou que não poderia usar dentadura de cima por causa da cirurgia, somente a de baixo [...](H9).*

*[...] Não consigo mastigar, não tinha dente não tinha nada, comia carne moída, arroz, feijão, tudo bem molinho, legumes cozido que minha mãe fazia [...](H13).*

*[...] Não posso mastigar nem mesmos alimentos leves, porque a boca está torta e a língua, presa por causa da cirurgia, somente alimentos líquidos [...] (H17).*

*[...] Não posso mastigar nem mesmo alimento leves, como arroz, carne moída e macarrão, porque, fica difícil de mastigar tem que engolir direto, corre o risco de engasgar, só consigo comer gelatina, geleia e peixe [...] (H21).*

O processo normal de mastigação inclui mascar, reduzir o tamanho das partículas dos alimentos e misturá-los com as enzimas na saliva, pois um dos fatores que afeta a mastigação é a língua, um músculo fundamental para todas as funções orais, incluindo a mastigação que conduz o alimento na cavidade oral, propiciando a mastigação bilateral e alternada. Quando tem a mobilidade alterada em consequência da cirurgia, a língua se movimenta de forma inadequada, provocando uma variação no tempo da mastigação (GUYTON,2002).

Neste estudo, o homem com neoplasia de boca apresentou modificação na anatomia da língua pela cirurgia, ocasionando dificuldade no processo de mastigação e na formação do bolo alimentar. Um estudo de Oliveira (2008) identificou mudanças na mastigação de indivíduos submetidos à glossectomia parcial, e percebeu-se a dificuldade dos pacientes em manipular o bolo alimentar durante o processo de mastigação, gerando dificuldades na formação de um bolo alimentar coeso. A cirurgia influenciou na realização desta função, a perda da parte da língua comprometeu o processo de mastigação.

Assim como justificada pelo déficit mastigatório, a preferência por alimentos macios foi outro aspecto referido pelos homens, caracterizando uma estratégia de adaptação diante das mudanças funcionais da mastigação:

*[...] Posso comer alimentos sólidos leves, mas não consigo mastigar alguns comidas, com isso não posso ir ao restaurante, não posso mastigar a comida. As vezes tenho que engolir direto. Gosto de pão com mortadela e pão com presunto, mas não consigo mastigar, com a prótese acho que vou mastigar melhor né, não vou a restaurante. Mesmo, porque a situação da renda financeira não está boa [...] (H24).*

*[...] Tenho problema com a mastigação, porque falta um pedaço da língua. Ai como, angu, feijão e arroz todos os dias, ainda bem que eu gosto, como macarrão, carne misturada com angu, fica molinho, galinha com bastante caldo, ovo, carne cozida na panela de pressão, o café da manhã, tomo café com leite e pão na manteiga [...] (H20).*

Existem fatores fisiológicos, como as neoplasias de cavidade oral, que comprometem o processo normal de mastigação de suporte a vida, intimamente relacionada à nutrição, mas a perda da mastigação pode ser compensada pela mudança da consistência alimentar apropriada. Nesse sentido, torna-se fundamental caracterizar as consistências alimentares que os homens relataram nessa pesquisa. A dieta líquida configura-se em todos os líquidos e

alimentos que podem torna-se líquidos na temperatura ambiente, como o sorvete. Esse tipo de dieta é prescrita como um cuidado clínico ao paciente de cirurgia da boca em seguimento ambulatorial que apresenta mudança não processo de mastigação.

A alimentação de consistência branda indica os alimentos macios que são apropriados para o paciente com dificuldade de mastigação ou ausência das arcadas dentárias anteriores e ou posteriores, englobam os alimentos que são cortados ou preparados em forma de purê.

Na modificação da mastigação, além da perda de parte da língua pela cirurgia, destaca-se, também, a ausência parcial ou total de dentes e próteses inadequadas, prejudicando a mastigação uma vez que os pacientes não conseguem cortar e mastigar os alimentos de maneira satisfatória, o que interfere diretamente na sua qualidade de vida:

*[...] Não tenho dente para mastigar, tem cinco anos que não vou à nutrição, me convidaram para uma consulta, estou a sete anos comendo frango, feijão e macarrão o essencial que me sustenta, satisfaz e mantém vivo, como alimentação básica, mingau; vitamina; já arroz e pãozinho francês machuca a boca, meu desjejum é café, biscoito de maisena molhado no leite, mamão e banana aí dar para comer, nada que precise mastigar, isso foi uma lição de vida, poxa nem pode imaginar [...] (H23)*

*[...] Não consigo mastigar, porque não tenho dentes, posso comer alimentos sólidos leves, arroz branco bem cozido; carne moída; macarrão e carne em bife precisa cortar fininho, mas não consigo mastigar algumas comidas, só depois que colocar a prótese dentária, a abertura da boca está normal [...] (H22)*

A percepção gustativa foi outro fator relatado pelos homens que modificou a qualidade de vida relacionada à alimentação na alteração do paladar:

*[...] Não sinto sabor de nada, do lado direito no local da cirurgia, porque mexeu em muitos nervos [...] (H13).*

*[...] O paladar também mudou pouco [...] (H14)*

*[...] Alterou o paladar está bem pouquinho posso sentir o sabor de algumas comidas, como doce e amargo [...] (H18)*

O órgão do sentido paladar caracteriza-se na percepção gustativa permitindo que o homem selecione os alimentos de sabores ácidos, amargo, doce e salgado de acordo com os desejos e necessidades metabólicas do organismo. As células gustativas agrupam-se em botões gustativos na língua, palato, faringe, epiglote e terço superior do esôfago, que detectam alguns tipos de moléculas. Na língua, os botões gustativos estão localizados principalmente nas papilas, que estão no epitélio (JUNQUEIRA,2004).

Evidencia-se que a modificação na percepção gustativa caracteriza-se como um fator de alteração irreversível, visto que se relacionam ao tratamento cirúrgico com ressecção dos nervos, botões gustativos presentes na língua.

As sensações gustativas auxiliam na regulação da alimentação, por exemplo, o sabor doce é normalmente agradável, pois a qualidade da dieta é modificada de acordo com as necessidades do organismo, isto é, a carência de um determinado tipo de nutriente geralmente intensifica as sensações gustativas e faz com que o indivíduo procure alimentos que tenham o sabor diferente das comidas. Cada comida ativa uma diferente combinação de sabores básicos, ajudando a torná-la única.

O cuidado pode instituir medidas para aumentar a salivação, como servir líquidos com as refeições; usar saliva artificial; instituir medidas para aumentar a sensibilidade das papilas gustativas; orientar para servir os alimentos aquecidos para aumentar o aroma; estimular a higiene oral antes e após as refeições; incluir o paciente e a família no plano de cuidado; orientar as modificações na alimentação para melhorar ou modificar a percepção do paladar dos alimentos; e orientar sobre a importância no seguimento ambulatorial com a nutricionista.

#### **Subcategoria 5.4.7 - Alterações funcionais na deglutição associadas ao tratamento cirúrgico**

Os dados da pesquisa evidenciaram os aspectos que mudaram o processo normal de deglutição no homem em tratamento cirúrgico: as cirurgias da região da cavidade oral que inclui língua, palato duro, amígdala e base da língua, região da mandíbula faringe e laringe. Os pacientes relataram engasgos, com dificuldades para engolir alimentos de consistência sólida, vazamento e refluxo de alimentos líquidos pelo orifício da cânula de traqueostomia e pelas fossas nasais.

*[...] Não conseguia engolir, porque a língua não ajuda, ficou pequena, só consigo engolir comida líquida [...](H1).*

*[...] Depois da cirurgia, comia e engasgava com arroz, nunca fui à fonoaudiólogo, tenho dificuldade de engolir, aí como macarrão porque escorrega, a carne engulo direto sem mastigar [...] (H10).*

*[...] Posso engolir algumas comidas sólidas, comida pastosa, se for muito líquida vaza um pouco pela borda da traqueostomia [...] (H12).*

*[...] Quando bebo água preciso fazer uma manobra. Se não, a prótese da boca solta e sai água pelo nariz. A prótese não veda direito. A prótese da boca tive que fazer particular, cortou muito o nervo [...](H13).*

*[...] Não posso engolir algumas comidas sólidas, preciso jogar a cabeça para trás para a comida não sair pelo orifício da traqueostomia. A única coisa que acontece quando como arroz parbovizado sai pelo orifício da traqueostomia, café também sai, parei de ir à fonoaudióloga cisme enxada parei, nunca mais fui, tem quatro cinco anos que não vou à fonoaudióloga, achei muito chato [...] (H14)*

*[...] Quando eu bebo água sai pelo nariz, preciso beber pela boca, somente comida líquida [...] (H17).*

*[...] Eu só posso engolir somente comida líquida, porque começo a babar, suja a camisa evito usar blusa branca [...](H21)*

O processo mecânico normal da deglutição começa com o bolo alimentar na boca que chega ao estômago, passando pela faringe e pelo esôfago. Na entrada da laringe há uma cartilagem, chamada epiglote, cuja função é controlar a passagem do bolo alimentar para o esôfago e evitar que o alimento entre no sistema respiratório. A perda da deglutição é uma condição ameaçadora à vida do ser humano. Considera-se deglutição alterada pela cirurgia a presença de movimentos compensatórios da cabeça para a deglutição de alimentos sólidos, presença de resíduos alimentares na boca após a deglutição, como presença de aspiração do alimento ingerido (OLIVEIRA, 2008).

A deglutição também foi prejudicada pela cirurgia, uma vez que o teste demonstrou de forma a presença de estase oral, após a deglutição e movimentos compensatórios de cabeça para a deglutição de alimentos sólidos.

Evidenciou-se nesta pesquisa que os homens apresentaram alteração fisiológica na deglutição, como engasgos, conhecido como termo técnico de disfagia, caracterizada pela dificuldade para deglutir, acompanhada da sensação de depósito de alimento na região do esôfago. A mudança fisiológica relacionada à cirurgia da laringe parcial foi a diminuição da proteção das vias aéreas inferiores, ocasionando aspiração durante a deglutição especialmente para alimentos líquidos. Além disso, a regurgitação nasal e o escape de ar foram outros aspectos que mudaram a fisiologia na deglutição do homem em procedimento cirúrgico da região do palato duro.

Dessa forma, tanto nesse estudo quanto em pesquisas anteriores, o paciente em tratamento cirúrgico oncológico nas regiões do assoalho da boca, língua, palato duro, faringe e laringe apresentaram alterações na fisiologia da deglutição relacionadas ao tratamento (MARQUES, 2017; VIEIRA, 2009;).

Torna-se fundamental, como cuidado de enfermagem, avaliar a capacidade de deglutição a avaliação do paciente em tratamento cirúrgico por neoplasias do trato aerodigestivo superior para determinar se a alimentação é segura, analisar a função motora dos músculos faciais, orais e da língua, o reflexo de tosse, o reflexo de deglutição, pois, quando a capacidade de deglutição for questionável, deve-se evitar fornecer alimento ou líquidos via oral ao paciente até que seja confirmada a alteração, ou não, na fisiologia da deglutição.

Os resultados mostraram que os homens apresentaram diferentes modificações na fisiologia da deglutição em consequência do tratamento cirúrgico, mas, na literatura

pesquisada, evidencia-se que depois de adequada reabilitação fonatória podem voltar a deglutir de maneira eficiente, por exemplo, sem escape de ar e alimentos para a cavidade nasal (OLIVEIRA, 2008).

Apesar de a alimentação de consistência líquida sair pelo orifício da traqueostomia, os homens achavam desagradável a conduta da fonoaudióloga, interrompendo a ida de seguimento ambulatorial. Assim, deve-se explicar a necessidade da presença e continuidade nas consultas de seguimento de reabilitação fonatória, para recuperar a saúde e melhorar a qualidade de vida.

### **Outras alterações que afetaram o cotidiano do homem**

Após o tratamento cirúrgico oncológico por neoplasias do trato aero digestivo superior, foram evidenciados mudanças como: na aparência, dor na movimentação do pescoço, ombro e braço, alterações nas atividades laborais com aposentadoria por invalidez, acarretando as atividades de trabalhos informais, alterações nas atividades de lazer, alterações na fisiologia do sono e repouso e alterações no humor com sentimentos de depressão e ansiedade.

### **Subcategoria 5.4.8 - Mudança na aparência**

Os resultados evidenciam que a aparência incomodava, e os pacientes tinham vergonha de sair de casa. Estes foram alguns dos fatores que mudaram o estilo de vida, mas, ainda assim, os pacientes consideraram a qualidade de vida boa, porque sobreviveram ao tratamento cirúrgico do câncer. O tratamento cirúrgico nas neoplasias do trato aerodigestivo superior está associado às alterações faciais, como, por exemplo, cirurgia na região da mandíbula, que proporcionam comportamentos negativos nas relações psicossociais, como vergonha e isolamento social:

*[...] Tinha vergonha de ir num churrasco, num aniversário, às vezes meu filho, pai vamos lá... deixa de charme.. Há não vou não....leva o liquidificador lá os senhor bate a comida, mas não vou ficar no meio das pessoas batendo minha comida no liquidificador para poder comer... Vai você filho... Eu não vou não... Mudou muito. Eu gostava de ir à praia, devido isso aqui, a aparência, fico com vergonha. Evito de ir aos lugares... São coisas que dar para evitar [...]* (H9 glossectomia com pelvectomia mandibulectomia e esvaziamento cervical modificado).

*[...] Fiquei meio constrangido na hora que sai do hospital para casa. Quando recebi alta, fiquei de repouso em casa, alguns meses sem sair no portão, por causa da aparência. Ai as pessoas começaram a conversar comigo, minha família me deu muito apoio. Fui me adaptando. Depois de algum tempo pensei, quer saber comecei a sair no portão. E aí sai de casa, na rua a barreira foi embora. Minha aparência superei numa boa. Vou ao supermercado, ao banco [...]* (H4 glossectomia com pelvectomia e mandibulectomia com esvaziamento cervical radical).

As consequências inevitáveis do tratamento cirúrgico oncológico exacerbam a preocupação e o sofrimento físico e emocional. No autorrelato, H5 verbalizou que ficou preocupado, porque emagreceu e as pessoas eram invasivas:

*[...] Depois da cirurgia considero minha qualidade de vida média, porque não falava, ficava nervoso com a cânula de traqueostomia, me adaptando, e comia pela sonda gástrica. Aí ficava preocupado com a minha aparência, porque perdi onze quilos, não queria aparecer muito para as pessoas que não me conheciam, com meus amigos não tive problemas, porque tem gente que era muito invasiva ficava me olhando. Sabe, isso me incomodava às vezes, quando me perguntavam não tinha problemas para explicar [...]* (H5 laringectomia parcial com esvaziamento cervical modificado).

Constata-se que a perda ponderal, a necessidade da traqueostomia e a sonda gástrica exclusiva para alimentação enteral foram fatores que modificaram a aparência do homem, pois os vizinhos curiosos questionavam a aparência, mas, ainda assim, os pacientes demonstravam atitude de otimismo, colocando-se à disposição para explicar a alteração da imagem. Outra questão foi o incômodo com a sonda gástrica para alimentação.

*[...] Minha aparência mudou, estou com essa sonda há sete meses depois que operei a garganta [...]* (H7 laringectomia parcial com esvaziamento cervical)

*[...] Minha aparência me incomoda um bocado... Porque o meu pescoço ficou com essa diferença aqui e o lado da cirurgia ficou fundo, devido a cirurgia no pescoço que fiz [...]* (H10)

*[...] Minha aparência me incomoda, porque ficou um buraco no queixo, o osso da mandíbula está exposto por isso preciso fazer curativo, isso mexe com minha autoestima, incomoda, os médicos dizem que vai melhorar, a minha boca esta torta, a língua esta pressa[...]*(H17).

Os procedimentos cirúrgicos envolvendo o trato aerodigestivo superior são radicais, causando alterações estéticas previstas, recuperáveis ou não. Além de comprometerem algumas funções, como a mastigação, a deglutição e a fala, a perda temporária da fala e a movimentação dos ombros limitados, requerem um cuidado integrado com a equipe de saúde direcionado na dimensão psicossocial, como: providenciar visitas de grupo de apoio de paciente com experiência na cirurgia que foi proposta, por exemplo, da boca; incentivar atividades de autocuidado; manipular a sonda gástrica para alimentação, cuidado da aparência pessoal como pentear os cabelos, mantê-los cortados e barbear-se diariamente, incentivar a ressocialização de modo progressivo, através da deambulação, interação no convívio social, envolver a assistente social para aconselhamento sobre questões financeiras, trabalhistas, entre outras.

Os homens participantes da pesquisa deixaram claro que a aparência mudou depois do procedimento cirúrgico, alterando a qualidade de vida nos aspectos do cotidiano, e tinham



informações de que a cirurgia de esvaziamento cervical causaria alteração no pescoço, dificultando a sua movimentação:

[...] *Depois que operei, me considero muito melhor, o que me incomoda e o pescoço que ficou duro, por causa do esvaziamento cervical que foi feito. Não consigo virar o pescoço, depois da cirurgia, a minha qualidade de vida melhorou um pouco [...]* (H2 glossectomia com pelvectomia mandibulectomia e esvaziamento cervical radical modificado)

[...] *Em relação à aparência ficou uma abertura no céu da boca, mudou, consigo falar porque a prótese ajuda a vedar o buraco que tenho na boca. Praticamente o ano de 2015 inteiro fiquei dentro de casa não saia para nada. Estou saindo, tentando voltar a minha vida normal, é difícil, minha aparência está boa. mas no passado não estava. [...]* (H13 amidgalectomia alargada).

Em especial, ao autorrelato a seguir mostra uma situação em via pública em que o paciente, por não estar em cadeira de rodas ou de muletas, não foi considerado pelo funcionário da estação de ônibus como uma pessoa que precisava de ajuda, assim, como dentro do coletivo: “*Se estiver uma boa aparência não está doente*”:

[...] *Estava na estação do Transporte Rápido por Ônibus (BRT), chegou um cadeirante, não estava escrito que o elevador estava com defeito, o cara abriu.. cadê o deficiente, não, cadê a cadeira de rodas, não meu amigo, deficiente, não, é só quem anda de cadeira de roda, meu senhor, deficiente e só quem anda de cadeira de rodas, não .... aí discutir com ele... Fiquei cinco minutos discutindo com ele. Hooo... não é assim não... só é deficiente quem estiver de cadeira de rodas, de muletas... Sou deficiente, aqui o crachá de paciente do hospital do câncer. Deficiente é deficiente. Aí ele falou que eu não era deficiente. Mandou tocar o elevador... toca toca..... e me impediu de entrar no elevador ....Mesma coisa na condução, não dão lugar... aparência boa, não dão lugar não.... minha aparência considero muito boa. Se tiver muito bem não é doente... Não pode ter qualidade de vida ... se tiver, não é doente [...]* (H3).

[...] *Aparência mudou muito, hoje em dia se olhar uma foto minha antes da cirurgia e hoje, os meus amigos que não me veem muito tempo não vão me reconhecer porque a aparência mudou totalmente [...]* (H23)

Nesse autorrelato, apesar de a aparência não incomodar, o paciente mostrou que necessitava de atenção na dimensão psicossocial; respeito como ser humano; dignidade; direitos humanos e de cidadania; solidariedade e acesso aos direitos sociais da pessoa com câncer, isso se remete a dificuldade de zelo da sociedade com ser humano. É interessante perceber a ausência/presença nos depoimentos masculinos das questões relativas à aparência e à qualidade de vida depois da cirurgia, pois a fragilidade e a fortaleza podem ser caracterizar como uma ambiguidade na população masculina:

[...] *Depois da cirurgia, fiquei bem abatido. Ainda estava com a sonda e minha aparência teve pouca alteração. Fiquei seis meses sem fazer nada, não forcei. Depois de quinze dias não tinha mais curativo da cirurgia no pescoço. Depois da cirurgia, saio mais para rua do que antes, [...]* (H1)

[...] *Na minha aparência teve uma mudança mínima o pescoço esta inchado [...]* (H07)

[...] *A mudança na minha aparência é mínima, porque o pescoço ficou um pouco fundo, dá uma diferença [...]* (H14).

*[...] Mudança na minha aparência é mínima, porque mudou um pouco no pescoço, ficou um buraco, relacionado à cirurgia do pescoço. [...] (H19).*

*[...] Minha aparência mudou pouco, não me incomoda, porque a cada dia vai mudando tudo, em todos nós. Estou vivo com saúde. [...] (H24).*

Um estudo que analisou o gênero e o adoecimento do câncer evidenciou a ausência, nos depoimentos dos sujeitos masculinos, da descrição de momentos dolorosos relacionados apenas ao tratamento oncológico. Os homens parecem encarar este momento com tranquilidade apesar de não manifestarem esperança de cura ao tratamento (XAVIER, 2010). Os homens consideraram que a aparência mudou pouco e mudou muito com o procedimento cirúrgico, havendo mudança na qualidade de vida, como vergonha de sair de casa, entre outras.

#### **Subcategoria 5.4.9 - Dor, fraqueza e movimentação prejudicada no pescoço, ombro e braço**

Os homens relataram que sentiam dor no ombro e fraqueza no braço, com prejuízo da mobilidade física, relacionadas à cirurgia com a retirada do músculo e nervo acessório, caracterizando-se como fatores que modificaram a qualidade de vida, necessitando de adaptações, como: mudança nas atividades laborais e uso de medicação de ação analgésica:

*[...] Dor e fraqueza no ombro me fizeram mudar o trabalho, estou fazendo fisioterapia, sinto dormência no lado do braço que operei. Ainda não peguei nada de peso nesse lado do ombro, trabalho com lanche no comércio, certas coisas não, porque precisa pegar peso, vou pegar um balde de refresco para colocar na refresqueira, acho que não vai dar trocar botijão de gás [...] (H13)*

*[...] Sinto dor e fraqueza no ombro me fizeram mudar o trabalho. Não consigo trabalhar fico em casa, sinto muita dor no ombro, não faço fisioterapia. Tenho dificuldade para levantar o braço, só fiz fisioterapia quando estava internado [...] (H14).*

*[...] Não posso trabalhar devido problemas no ombro, mudou depois da cirurgia, não consigo fazer força, trabalhava com madeira, não posso mais trabalhar. Não posso carregar peso, uma comprinha leve posso carregar, mas nada muito pesado [...] (H24) ,*

*[...] Toda essa área aqui do pescoço esta pinicando por dentro, estou tomando dipirona para dor, minha impressão é que quando cortar o nervo, aí fica latejando [...] (H6)*

*[...] Há dor leve necessitando de medicação, na época da cirurgia tomei medicação [...] (H12).*

*[...] Tenho dor leve, não necessitando de medicação, de vez em quando me dar uma dor pequenininha aqui no pescoço, mas depois passa espontaneamente [...] (H14)*

*[...] Tenho dor severa e incômodo no lado do ombro da cirurgia, requerendo uso de medicação controlada como o tramadol comprimido e dipirona gotas [...] (H18).*

*[...] As vez sinto dor leve, não necessitando de medicação, passo uma pomada para aliviar, quando há mudança de lua e tempo, o pescoço repuxa por causa da cirurgia no pescoço [...] (H21).*

*[...] Tenho dor severa melhora somente com medicação controlada com a clínica da dor, tenho dor crônica, não tenho a dor do câncer, tenho a dor da cirurgia, mexeu no nervo, no osso, mexeu na minha mandíbula, o meu dente arrancou só tenho dentes em cima, faço fisioterapia [...] (H23).*

*[...] Por causa da cirurgia no pescoço, tenho dor no ombro, colocar uma porta dá pra fazer, porque não precisa esticar o braço, tudo que precisar fazer movimento do ombro tenho dificuldade [...] (H10)*

A excisão do músculo esternocleidomastoideo e do nervo espinal acessório resulta em fraqueza no ombro, a qual provoca uma curvatura do ombro para frente, conhecida pelo termo técnico ptose. Para manter a mobilidade física, o paciente precisa de um programa de exercícios de fisioterapia consciente, pois os exercícios são iniciados depois que a incisão cirúrgica na região do pescoço é cicatrizada. O cuidado para manter a mobilidade física caracteriza-se em promover a função do ombro e o movimento do pescoço máximo depois da cirurgia. A fisioterapeuta ajuda o paciente na realização dos exercícios (BRUNNER, 2015).

A dor está relacionada com a incisão cirúrgica, que pode levar o paciente a relutar em fazer os exercícios de fortalecimento dos músculos e que tem a finalidade de aumentar o apoio e estabilidade da articulação do ombro. Torna-se necessária a administração de medicamento para a dor conforme prescrição, antes que o paciente inicie os exercícios de fortalecimento dos músculos.

Além disso, deve-se orientá-lo no cuidado de manter uma postura em todos os momentos, empurrando os ombros para trás com frequência, evitar levantar ou carregar objetos que pesem mais de dois quilos do lado do pescoço, ombro e braço envolvido no procedimento cirúrgico:

*[...] Antigamente podia pegar peso, né, podia fazer todo movimento com o ombro... Depois que operei não posso, porque tenho dor e fraqueza, não posso deitar do lado da cirurgia que incomoda e afeta a qualidade de vida, mas devo considerar bem [...] (H9).*

*[...] Depois que operei me considero muito melhor, o que me incomoda é o pescoço, que ficou duro, por causa da cirurgia, não consigo virar o pescoço, depois da cirurgia a minha qualidade de vida melhorou um pouco [...] (H2).*

*[...] A cirurgia no pescoço, fiquei sem movimento no ombro, fiz fisioterapia [...] (H4).*

Evidenciou-se nos dados da pesquisa que os homens apresentam limitações físicas causadas pelo procedimento cirúrgico oncológico, levando a restrições e prejuízo no estado de saúde física e funcional, interferindo diretamente nas atividades laborais e na qualidade de vida.

### **Subcategoria 5.4.10 - Mudança nas atividades de trabalho - aposentadoria e trabalho informal**

Os pacientes mostraram que vivem em uma constante preocupação de manter-se provedor da família, mesmo aposentados, seja por invalidez ou por tempo de serviço, sempre estão à procura de trabalho para complementar as despesas e o sustento financeiro da casa. Isso se remete a masculinidades impostas pela sociedade, que o homem deve trabalhar e sustentar a família:

*[...] Estou aposentado pela construção civil, mas continuo fazendo biscates como eletricitista, não estipulo preço, deixo por conta das pessoas, faço de tudo um pouco, pau para toda hora [...](H4).*

*[...] Estou com auxílio-doença pelo INSS, aguardando perícia médica para aprovação da aposentadoria. Ganho um salário mínimo que não dá pra quase nada, faço biscates com artesanato e minha irmã me ajuda colocando na internet, vende bem [...](H13)*

*[...] Estou aposentado como pintor de geladeira. Recebo um salário mínimo, mas trabalho aos finais de semana na feira perto de casa das 05h às 15horas para ter uma renda extra [...](H14)*

*[...] Sou aposentado por invalidez pelo INSS como mecânico de máquina de lavar. Faço biscates consertando máquina de lavar [...](H15)*

*[...] O único problema é o trabalho, porque não posso trabalhar. Como trabalho com madeira; poeira; barulho e pegando peso. Aí não posso [...](H24).*

*[...] Se eu não tivesse com a doença. Estaria trabalhando normalmente, não me vejo voltando a dar aulas, não tem como, dava curso para 20 pessoas, como vou ficar duas, três horas falando em público, tinha vez que o curso durava o dia inteiro. Estou pelo INSS, no auxílio doença, nas últimas três perícias o médico ficou postergando dando meses de licença médica. Poderia me dar aposentadoria por invalidez [...](H13)*

Aposentadoria por invalidez é um benefício ao trabalhador incapaz de exercer qualquer atividade laborativa e que não possa ser reabilitado em outra profissão, de acordo com a avaliação da perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

O benefício é pago enquanto persistir a incapacidade, que pode ser reavaliada pelo médico do INSS a cada dois anos. O cidadão deve requerer um auxílio-doença, que tem os mesmos requisitos da aposentadoria por invalidez.

Caso a perícia-médica constate incapacidade permanente para o trabalho, sem possibilidade de reabilitação em outra função, a aposentadoria por invalidez será indicada (SANTOS, 2012).

---

\*Salário mínimo nacional vigente no Brasil, ano de 2017 no valor de R\$ 937,00 reais.

O auxílio-doença é um benefício por incapacidade ao segurado do INSS acometido por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2013).

A importância do redimensionamento do orçamento da família para enfrentar as interferências da doença nas atividades de trabalho justifica-se pela dedicação excessiva do homem ao trabalho:

*[...] Fiquei três meses encostado pelo auxílio-doença, me aposentei por invalidez e ganho 70% do salário mínimo, esposa não trabalha [...]* (H3).

*[...] Continuo trabalhando, mesmo depois da cirurgia, meu filho tem uma oficina de carro, ajudo fazendo biscates para completar a renda financeira [...]* (H12).

*[...] Eu trabalho, complemento a renda financeira com biscates [...]* (H8).

*[...] Tinha minha vida normal. O que atingiu foi o meu trabalho, porque não era para terem me aposentado me roubaram, a aposentadoria não foi uma boa, faço biscates, não paro [...]* (H21).

Para os homens que historicamente afirmam masculinidades a partir do trabalho, um dos elementos fundantes da sociabilidade, estão sob desafio, pois, a construção das masculinidades passa pelo trabalho produtivo pela definição dos papéis socialmente construídos. Masculinidades é uma construção social na qual estão imbricados não só os processos sociais, mas também os processos psicológicos e subjetivos (SCHWARZ, 2012; TAGLIAMENTO, 2010).

A palavra masculinidades é usada no plural, porque se acredita que não existe uma única e correta masculinidade(s), por serem fruto do processo histórico que pode mudar nas diferentes sociedades e nos diferentes momentos (CARMO, 2010).

Portanto, trabalho e masculinidades funcionam como referências para a construção do modelo masculino, pois, desde menino, o homem cresce assimilando a ideia que, com o trabalho, será reconhecido como homem, pois, através do trabalho adquire autonomia. Os homens continuaram trabalhando apesar de o tratamento cirúrgico deixar consequências funcionais e estéticas, mostraram superação e buscaram manter atividades de trabalho informal, mesmo com diminuição das atividades, persistindo no trabalho e na produção:

*[...] Continuo trabalhando de pedreiro, consigo carregar um balde de massa, trabalho todos os dias de 07h às 12h, depois volto para casa e descanso, quando o sol está muito forte, aí não trabalho [...]* (H1).

*[...] Em casa faço de tudo, pego caminhão vou trabalhar, dirijo normal, trabalho em obras, não parei nada [...]* (H20).

*[...] Trabalho como mestre de obra opereei e continuo trabalhando como autônomo no município de Cabo Frio, por causa da cirurgia que fiz no pescoço, tenho dor no ombro, colocar uma porta dá pra*

*fazer, não precisa esticar o braço, tudo que precisar fazer movimento do ombro tenho dificuldade [...] (H10).*

*[...] Estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades, faço biscates para complementar a renda financeira. Trabalho com reformas de casa, coloco um protetor de banho, fecho a camisa com a gola até no pescoço e por cima coloco uma toalha úmida, tipo um protetor, aqui na traqueostomia que protege bem da poeira [...] (H12).*

*[...] Vou voltar a trabalhar, preciso voltar, estou aposentado ganho um salário mínimo, minha renda está péssima, preciso voltar aos meus biscates para completar a renda. Não quero ficar parado sem trabalhar [...] (H18).*

Entre as estratégias de cuidado ao homem em situação de invalidez pelas neoplasias do trato aerodigestivo superior para as atividades laborais estão: identificar os recursos de atendimento na defesa dos direitos sociais da pessoa com câncer; orientar a garantia de direitos na esfera da seguridade social; informar sobre a marcação de consulta de seguimento ambulatorial com assistente social para fornecimento de instruções sobre trabalho, aposentadoria por invalidez ou por tempo de serviço e auxílio de recursos financeiros, entre outras questões relacionadas ao trabalho doença e saúde.

Barrozo (2014) estudou os papéis ocupacionais de pessoas com cancer de cabeça e pescoço evidenciou que o papel ocupacional de trabalhador foi o mais afetado pelo câncer de cabeça e pescoço relacionado ao tratamento oncológico e as consequências. A ressignificação desse papel, planejamentos, adaptações, estratégias diferenciadas de realizá-lo, auxílio na busca de um novo trabalho com significado para o sujeito, deve ser uma das prioridades na melhoria a qualidade de vida do paciente com neoplasias do trato aerodigestivo superior, considerando-as a integralidade e complexidade na sua vida ocupacional.

Vale ressaltar que o salário mínimo nacional de rendimento mensal liberado pelo Governo Federal Brasileiro ficou no valor de R\$937,00 reais, moeda vigente no Brasil, com data de aprovação para 01/01/2017 com resolução que o aprova Lei nº 13.152/2015 (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2017)

Portanto, as neoplasias do trato aerodigestivo superior e o tratamento cirúrgico não caracterizaram impedimento direto e absoluto às atividades de trabalho, mas causaram limitações importantes aos homens, ocasionando afastamento das atividades laborais formais e aposentadorias por invalidez.

### Subcategoria 5.4.11- Mudança nas atividades de lazer

Os resultados da pesquisa demonstram que as atividades de lazer apresentaram modificações após a cirurgia, causando medo, insegurança, falta de motivação para sair de casa, limitações como alimentação liquidificada, restrições como não poder nadar no mar devido à traqueostomia, considerando-se terem uma vida anormal:

*[...] Fico com medo de fazer qualquer atividade, fazia natação por causa da asma, com a prótese na boca não veda direito, fico com medo de nadar e me engasgar. Ando muito, vou a pé até o shopping Tijuca e volto. Nadava duas vezes por semana uma hora e meia por dia, não nado mais [...]* (H13).

*[...] Existem momentos que não consigo manter o ritmo antigo, se andar muito rápido fico com um pouco de falta de ar [...]* (H17).

*[...] Não tenho uma vida normal, com algumas restrições. Na atividade de lazer, o esporte mudou. Depois da cirurgia em casa faço pezinho com um, dois quilos liberado pela fisioterapeuta. Gostava de mergulhar no mar, não posso mais. Como o mar bate muito a água, vai bater na traqueostomia indo direto para o pulmão, somente posso nadar na piscina, deu certo, no mar não. [...]* (H19).

*[...] Minha atividade está boa, mas poderia estar melhor, o problema maior de viajar é a minha limitação que é a alimentação me adaptar a situação, por exemplo, Eu e minha esposa vamos para o estado do Maranhão, vamos de moto, são quatro dias de viagem e três noites. Tenho que levar a minha comida e acomodar na conservação, então isso já é uma limitação. A doença não impede de exercer a atividade, combato isso, ando de bicicleta, dirijo [...]* (H23).

Nas falas dos homens, o tratamento cirúrgico oncológico alterou as atividades de lazer na vida cotidiana, mas enfrentaram com criatividade, sempre substituindo uma atividade que estavam impedidos de realizar por outra de forma flexível e criativa, como andar de bicicleta e nadar na piscina. Apesar das alterações nas atividades de lazer, mantiveram a qualidade de vida.

Certeau (2008) considera que toda atividade humana pode ser cultura, mas é reconhecida com tal, para que haja cultura. Não basta ser autor das praticas sociais, é preciso que essas práticas tenham significado para aqueles que as realizam.

Observa-se nas falas que os pacientes não saiam de casa por falta de motivação e por vergonha da imagem corporal:

*[...] Muitas vezes gostaria de sair de casa, mas não estou bem para isso, não vou a lugar nenhum, porque ainda não encontrei motivação para sair de casa, tenho alguns parentes que me chamam para ir à casa deles na piscina, mas não tenho vontade, amigos que me chamam para jogar futebol, parei de jogar [...]* (H18)

*[...] Não saio para farra como antigamente, somente assisto televisão, vou ao shopping, à igreja, dou uma volta na praia [...]* (H2).

*[...] Gostava de ir à praia, devido à aparência fico com vergonha, parei de ir, são coisas que dão para evitar [...]* (H9).

O tratamento cirúrgico das neoplasias do trato aerodigestivo superior afeta a imagem facial que envolve o estado emocional. O cuidado deve estar atrelado ao apoio emocional prestado pela equipe multiprofissional de saúde, pois a mudança na aparência física afetou o cotidiano do homem e a forma de enxergar a si próprio.

Para que o cuidado de enfermagem atenda à integralidade do sujeito, além da competência técnica e científica, faz-se necessário lidar com a subjetividade da qualidade de vida relacionada à saúde na qual varia entre os homens. Ao entender cada ser como único, para estabelecer estratégias de cuidado, a exposição das fragilidades e limitações do corpo adoecido, recorrentes na experiência do câncer e do tratamento, mostra-se incoerente com as concepções de virilidade presentes no imaginário social de masculinidade hegemônica (MARTINS,2012).

O adoecimento e as limitações impostas pelo tratamento colocam os homens em uma posição em que precisam inventar o cotidiano representado pelas diferentes formas de se ajustarem às mudanças na qualidade de vida, reorganizando e superando as dificuldades, manutenção e adaptação no processo saúde-doença-cuidado.

#### **Subcategoria 5.4.12- Mudança na fisiologia do sono**

Evidenciaram-se nos dados da pesquisa que os aspectos que mudaram o mecanismo regulador do sono foram: interrupção no meio da noite com intervalos de cochilos, insônia com dor no ombro, ressecamento da cavidade oral, ansiedade e acordar muito cedo:

*[...] Não durmo bem à noite, cochilo e acordo várias vezes à noite de quatro a cinco vezes [...](H10)*

*[...] Quando venho para a consulta no hospital à noite dá uma ansiedade que não consigo dormir, falei com a médica da ansiedade e não consegui dormir, ia passar um remédio para dormir, perguntei se iria ficar dependente do remédio, falou para segurar mais um pouco, acho que por isso que meu corpo fica cansado e com pouca energia [...](H18)*

*[...] Tenho sono prejudicado devido à dor no ombro [...](H14)*

*[...] Não tenho dormido, estou com problema sério de hora em hora, tenho acordado com a boca seca corro para pegar água, a médica que me atendeu na cirurgia falou que tenho sinusite, durmo de boca aberta aí resseca [...](H16)*

*[...] A minha qualidade de vida mudou foi na parte do sono, tomo medicação diazepam para dormir, acordo cedo, mas mesmo à noite tem dias que não consigo dormir, aí preciso tomar remédio, comecei a tomar remédio para dormir depois que fiquei doente [...](13).*

O sono está estruturado em ciclos NREM-REM, que ocorrem por quatros ou cinco vezes no decorrer da noite. A fase dois, que dura de 10 a 20 minutos durante o ciclo inicial, é



considerada o verdadeiro sono fisiológico. Sono é um estado transitório e reversível, que se alterna com a vigília, o estado desperto, como um processo ativo envolvendo mecanismos fisiológicos e comportamentais no sistema nervoso central (FERREIRA, 2010)

O padrão do sono perturbado caracteriza-se pelo distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono com suspensão natural, periódica da consciência, com dificuldades para adormecer, fatores psicológicos como pensamentos ruminantes pré-sono, interrupções ambientais para suprir necessidades básicas como beber água (NANDA, 2015).

Nessa pesquisa, os distúrbios no padrão do sono estão relacionados com o tratamento cirúrgico oncológico, interferindo no padrão do sono.

O cuidado de enfermagem para aquisição do hábito do sono saudável incluem: manter um horário regular para dormir e acordar; deitar somente quando estiver sonolento; levantar da cama quando não conseguir adormecer entre 15 e 20 minutos e ir para outro cômodo, permanecendo em atividade não estimulante até sentir sonolência, dormir apenas o necessário, realizar exercícios físicos regulares que estimulem o sono, fazer um lanche leve antes de deitar, reduzir o nível de ruído e de luz, evitar cochilar durante o dia.

#### **Subcategoria 5.4.13- Alterações no humor com sentimentos de depressão e ansiedade**

Os dados da pesquisa evidenciaram alterações no humor com sentimentos de depressão e ansiedade que mudaram a qualidade de vida. O sentimento de depressão estava relacionado ao diagnóstico de câncer do trato aerodigestivo superior e ao tratamento cirúrgico:

*[...] Estou um pouco depressivo por causa do câncer. Porque eu não era assim, com traqueostomia e a voz rouca [...](H14).*

O sentimento de depressão é um termo utilizado na área da psiquiatria para designar um transtorno de humor, uma síndrome em que a principal queixa apresentada pelo paciente é o humor depressivo e às vezes irritável, durante a maior parte do dia. Para OMS, a depressão é causada por um mosaico biopsicossocial que resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha “Vamos Conversar”, dedicada à conscientização sobre o estigma do paciente com humor de depressão. De acordo com a Organização, mais de 320 milhões de pessoas sofrem da doença, estima-se que até 2020 será a enfermidade mais incapacitante do mundo.

No Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta 11,5 milhões de pessoas. Para OMS é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando somente atrás dos EUA, que tem 5,9% de depressivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017)

Esta pesquisa demonstrou que o distúrbio da autoestima relacionada com a depressão em consequência da cirurgia é um fator evidente de alteração na qualidade de vida do paciente, que necessita de apoio psicossocial como acolhimento, ouvir atentamente, aceitar os sentimentos sem julgamentos, estimular o pedido de ajuda, providenciar encaminhamentos de apoio ocupacional, emocional e espiritual, quando indicado e se desejado, e ajudar na redefinição de valores pessoais, de recursos psicossociais e de apoio como a família e amigos.

Por outro lado, o sentimento de ansiedade é caracterizado pelo humor abalado por novas lesões na cavidade oral em investigação diagnóstica. Por causa do câncer, o homem não pode realizar as atividades laborais e assumir as despesas da família:

*[...] Meu humor está meio abalado, porque tenho uma mancha na gengiva que apareceu na minha boca, estou aguardando resultado da biópsia, acompanhando na odontologia no Hospital do Fundão, essas lesões apareceram em outubro de 2015, fizeram duas biópsias não deu nada, o médico do Fundão falou que tenho um problema proliferativo, estou muito preocupado, muito mesmo [...]* (H13)

*[...] Estou um pouco ansioso por causa do problema de saúde [...]* (H9)

*[...] Estou muito ansioso por causa do câncer [...]* (H14)

*[...] Estou muito ansioso por causa do câncer e a vida em geral. Era um pouco ansioso, antes de ficar doente, depois que fiquei doente, fiquei mais ansioso, porque não posso trabalhar, e tem as contas para pagar [...]* (H18)

Quanto aos sentimentos de depressão e ansiedade os homens relatam que já eram ansiosos antes do diagnóstico de câncer, potencializando esse estado devido às alterações nas atividades laborais relacionadas ao tratamento cirúrgico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2017), os sentimentos de depressão e ansiedade são os transtornos psíquicos frequentes encontrados na sociedade. É uma das principais causas de incapacidade das atividades laborais e da vida cotidiana no mundo.

Os sentimentos de ansiedade relatados pelos homens estão ligados às perdas no estilo de vida com a doença e a saúde, ao estado financeiro e à interação social, assim como ao cuidado para envolver o paciente e a família nos mecanismos de enfrentamento, como: ensinar estratégias de atividades de lazer/recreação, relaxamento para minimizar a atenção em reações somáticas e emocionais à ansiedade, cuidado de falar com calma e direto com o

paciente, aceitar as queixas e ouvir atentamente, colocar o paciente em ambiente confortável sem barulho, proporcionar segurança conforto e bem-estar.

Logo, evidenciou-se que a qualidade de vida dos homens depois do tratamento cirúrgico caracterizou-se com aspectos positivos, com renascimento com gratidão à equipe de saúde pelo cuidado à vida, apoio dos familiares e amigos como cuidado psicossociais, atividades de recreação como estratégias de enfrentamento que influenciavam na valorização da vida, a felicidade, o otimismo, o bem-estar e o humor.

Por outro lado, caracterizou-se também com aspectos que influenciaram o estilo de vida, com alterações funcionais importantes na fisiologia da fala, da deglutição e da mastigação, entre outras alterações, como alteração na aparência que afetou no cotidiano com necessidade de cuidado psicossocial; incapacidade funcional de movimentar o ombro e o braço, interferindo nas atividades laborais, aposentadoria por invalidez; alterações nas atividades de lazer; alteração na fisiologia do paladar; alteração no humor com sentimentos de depressão e ansiedade, ocasionando distúrbio no padrão do sono.

Nesse contexto, existe um longo caminho a ser percorrido pela Enfermagem no cuidado à saúde do homem, na busca de ultrapassar as barreiras estruturais no espaço de cuidado na sociedade pelos comportamentos e atitudes prejudiciais que levam ao adoecimento de câncer na população masculina brasileira.

Com base no exposto, cumpre-se considerar que o construto epistemológico de qualidade de vida relacionada à saúde do homem antes e após o tratamento cirúrgico oncológico configura a compreensão de termos significativos com ampliação do conhecimento capazes de nortear os cuidado clínico de enfermagem na área da saúde do homem.

**Quadro 3** - Apresentação da relação do construto de QVRS da Universidade de Washington com o Grupo WHOQOL

<b>Construto qualidade de vida relacionada à saúde - QVRS (UW-QOL Hassan, 1993).</b>	<b>Construto qualidade de vida relacionada à saúde - QVRS (Grupo WHOQOL, 1995).</b>
<p>Caracteriza-se como um parâmetro de desfecho em saúde importante após o tratamento à pessoa com câncer de cabeça e pescoço. O impacto pode ter um efeito prejudicial sobre a função e o bem-estar que é essencial na perspectiva do paciente que deve ser considerado.</p> <p>Existem aspectos importantes no construto de QVRS no questionário da Universidade de Washington. É multifatorial e permite detalhes para identificar mudanças com perguntas específicas na vida da pessoa com câncer de cabeça e pescoço que refletem na QVRS, como indicado pelo paciente.</p>	<p>É considerado um conceito amplo, que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.</p> <p>Além disso, existem três aspectos fundamentais nesse construto, como a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões negativas e positivas.</p>

Os construtos epistemológicos de ideias e termos, princípios condutores, opiniões influentes em uma teoria ou assunto significativo de uma área de estudo como na construção científica na enfermagem, um desafio de construir conceitos e definições a fim de direcionar a prática da assistência de enfermagem, são palavras ou expressões inventadas no plano de uma investigação (CARVALHO, 2003).

A seguir são apresentados dois quadros com descrição dos construtos de qualidade de vida do homem antes e após o tratamento cirúrgico oncológico.

**Quadro 4** - Apresentação do construto de qualidade de vida antes da cirurgia

<b>Construto de qualidade de vida relacionada à saúde do homem antes do tratamento cirúrgico do trato aerodigestivo superior</b>	
<b>Dimensão positiva</b>	Para os homens, a qualidade de vida antes do tratamento cirúrgico era muito melhor, pois significava poder trabalhar como realização pessoal; ganhar dinheiro e ter condições financeiras para sustentar a família; satisfação nas necessidades básicas de prazer como alimentar-se pela boca; comer churrasco, mastigar, fumar e beber em uma festa com amigos e familiares.
<b>Dimensão negativa</b>	Por outro lado, consideraram a qualidade de vida muito pior, porque tinham estilo de vida considerado não saudável, não tinham residência fixa, dormiam na rua, trabalhavam muito e não cuidavam da saúde.
O construto de qualidade de vida pode estar ligado aquilo que o paciente sente e percebe em relação à saúde e vida cotidiana e a tudo que está relacionado à masculinidade hegemônica; prazer; bem-estar; ser forte, invulnerável, valorizando os aspectos físico, social e biológico, caracterizados por concepções machistas e hegemônicas impostas pela sociedade contemporânea. Ainda desconhecem o sentido amplo do significado de qualidade de vida.	

Os homens consideraram que a qualidade de vida depois da cirurgia teve um impacto relacionado aos aspectos positivos e negativos na dimensão física, psicologia e social no seu estado de saúde pela capacidade de viver com um bem-estar ou mal-estar interligados com as restrições ou não impostas pelo tratamento cirúrgico oncológico.

**Quadro 5** - Apresentação do construto de qualidade de vida depois da cirurgia

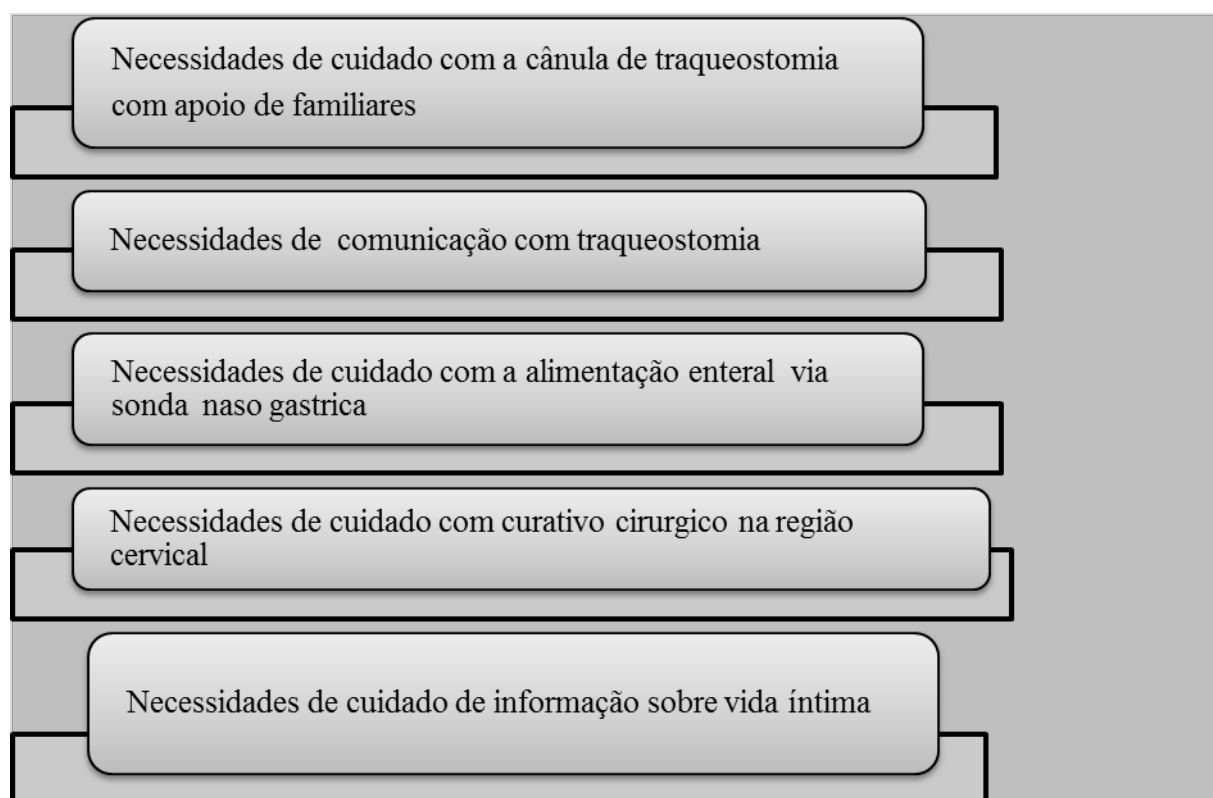
<b>Construto de qualidade de vida relacionada à saúde do homem depois do tratamento cirúrgico do trato aerodigestivo superior</b>	
<b>Dimensão positiva</b>	A qualidade de vida depois do tratamento cirúrgico oncológico foi caracterizada como boa, com significado de criatividade com soluções dos problemas alternativos de outras ocupações de trabalho que não exigisse esforço com movimento do ombro, trabalhos informais. Continuaram trabalhando com realização pessoal; na busca de recursos financeiros para completar a renda financeira no sustento da família, como provedor da casa, em atividades de recreação como estratégias de enfretamento que influenciavam na valorização da vida; felicidade; otimismo, bem-estar, e continuaram com uma vida considerada normal.
<b>Dimensão negativa</b>	Por outro lado, a qualidade de vida para os homens depois do tratamento cirúrgico foi caracterizada com mudanças no cotidiano e no estilo de vida, com alterações funcionais na fisiologia da fala, da mastigação da deglutição e na aparência. Com necessidade de cuidado psicossocial; incapacidade funcional de movimentar o ombro e braço interferindo nas atividades laborais, ocasionando aposentadoria por invalidez; alterações nas atividades de lazer; alteração no humor com sentimentos de depressão e ansiedade ocasionando distúrbio no padrão do sono e repouso, caracterizando uma vida anormal.
O construto de qualidade de vida antes e após o tratamento cirúrgico caracterizou-se pela atitude de gratidão, felicidade, tristeza, superação e dificuldades nas atividades de vida diária, apoio de familiares e amigos, atividades laborais e de recreação, sentimentos de ansiedade e depressão alterando a vigília do sono e repouso, masculinidades, cuidado ou não da saúde, coragem com luta pela vida e criatividade como forma de enfrentamento para o cuidado com a saúde.	

O construto de qualidade de vida foi caracterizado como subjetivo/objetivo e multifatorial por envolver aspectos de necessidades físicas, psicológicas, sociais e econômicas pelo fato de como o homem percebeu a satisfação ou não das necessidades das funções orgânicas de sobrevivência como a fala, a mastigação e a deglutição e pela interferência do tratamento cirúrgico oncológico sobre as atividades laborais de vida diária, vida normal ou anormal, pois mostraram superação e buscaram manter as atividades de trabalho informal, mesmo com diminuição das atividades. Persistiram no trabalho e na produção como dimensão de masculinidade hegemônica, mesmo com alteração ou não da qualidade de vida.

Além disso, o cuidado com a saúde permaneceu em segundo plano no cotidiano dos homens, colocando as atividades de trabalho em primeiro lugar, pois, mesmo com uma doença crônica não transmissível, como o câncer, que causou alterações funcionais e estéticas relacionada ao tratamento, alguns revelaram manter o estilo de vida com hábito de beber e fumar e na busca incessante de atividades laborais, como viver para o trabalho, cultivando uma atitude de descuido, e cuidar com a saúde somente quando estiver doente.

#### **Categoria 5.5 - Necessidades de cuidado à saúde sob a ótica do homem em tratamento cirúrgico oncológico**

A seguir os cinco eixos temáticos como subcategorias:



**Figura 7** - Apresentação das necessidades de cuidado à saúde do homem

### Subcategoria 5.5.1 - Necessidades de cuidado com a traqueostomia

Evidenciou-se que os homens obtiveram ajuda de familiares como irmã, sobrinha (o), esposa e a enfermeira. A necessidade de cuidado da saúde relacionada à traqueostomia foi direcionada pela manutenção e permeabilidade das vias aéreas superiores, para prevenir a infecção respiratória e manter a integridade da pele ao redor da cânula de traqueostomia. Os cuidados dos familiares tornaram-se importantes na recuperação e manutenção de saúde dos homens:

*[...] Usei a cânula de traqueostomia, muito chato, tinha um sobrinho que me ajudava com toda paciência. Ele me ajudou muito [...] (H3).*

*[...] Fui para casa de traqueostomia, a enfermeira me dava uma cânula para reserva em casa, minha esposa me ajudava a limpar a cânula, saiu nos primeiros dias em casa, voltei para hospital, usei o protetor de traqueostomia [...] (H4)*

*[...] Precisei usar cânula de traqueostomia, minha esposa me ajudou na limpeza [...] (H9)*

*[...] Cânula de traqueostomia minha irmã me ajudava a limpar, depois comecei a limpar sozinho [...] (H10).*

*[...] Minha sobrinha que me ajudava a limpar a cânula. No início fui fazendo, limpando, aí fui tentado, fazendo no espelho, conseguir limpar sozinho, somente dependo dela para trocar o cadarço que segura a cânula [...] (H16)*

*[...] Fazia a limpeza na cânula e minha esposa ajudava. Aprendi a limpar a cânula com as enfermeiras que estimulavam a gente para deambular [...] (H19)*

*[...] Por dois meses, uma enfermeira perto da minha casa me ajudou a cuidar da traqueostomia [...] (H2)*

*[...] Usar cânula de traqueostomia foi horrível, quando tossia saia secreção foi horrível, fiquei dois meses com a traqueostomia, minha esposa ajudava na limpeza [...] (H20)*

Evidencia-se nas entrevistas que o termo “ajudava na limpeza” aparece em quase todas as falas, o que representa para os homens um fator importante de necessidade de cuidado com a traqueostomia. A limpeza da cânula de traqueostomia caracteriza-se pela necessidade de trocar a compressa de gaze estéril entre o tubo e a pele com finalidade de protegê-la, absorvendo as secreções traqueobrônquica e evitando infecções, realizando a assepsia da pele e a higienização da cânula interna diariamente e sempre que necessário.

O procedimento de traqueostomia é classificado como preventivo, com objetivo de segurança para a passagem do ar nos pulmões e retirada de secreções traqueobrônquicas, realizada no bloco cirúrgico com colocação de uma cânula na traqueia. Esse procedimento como complementação cirúrgica pode gerar obstrução de via aérea superior, dificultando a



respiração, por exemplo, nas cirurgias do câncer de boca e faringe que geram edemas obstrutivos (RICZ, 2011).

A traqueostomia caracteriza-se como temporária, mantida inicialmente por cinco dias, sob os cuidados de enfermagem à medida que o edema na região da faringe, laringe e traqueia diminuem e o paciente torna-se capaz de respirar sem a cânula. O cirurgião de cabeça e pescoço remove a cânula de traqueostomia quando está determinado que o paciente pode respirar sem a cânula e elimina secreções traqueobrônquicas de forma efetiva.

Uma estratégia para a retirada da cânula é começar com a redução do número da cânula seis, cinco e quarto, depois retirar a cânula, fazer um curativo estéril compressivo no estoma, que deve ser trocado sempre que necessário; orientar para colocar o dedo indicador sobre o curativo do estoma quando tossir ou falar, até que o estoma esteja cicatrizado por completo, o que leva de sete a dez dias.

Outra maneira de retirar a cânula de traqueostomia, o que é conhecido pelo termo técnico decanulação, é fazê-lo quando a respiração ocorre pela via aérea fisiológica, que se procede com o cuidado de ocluir o orifício da cânula com uma tampinha de borracha e observar a evolução respiratória do paciente nas primeiras 24 horas. Depois desse período, se o paciente não apresenta quadro de dispneia, retira-se a cânula e realiza-se curativo oclusivo no local para aproximar as bordas.

*[...] A médica tampou a cânula fiquei 48 horas fechada, não senti nada, aí retirou a cânula na consulta no ambulatório [...] (H18)*

*[...] O médico retirou a cânula de traqueostomia e cobriu a abertura com uma gaze e colocou esparadrapo [...] (H21).*

*[...] Depois tamparam a cânula e perguntaram se estava com falta de ar, não normal, aí a médica retirou a cânula de traqueostomia, voltei a falar [...] (H22)*

Os homens apresentaram atitudes de autonomia com o cuidado da saúde no que se refere à traqueostomia como: preferiram fazer o cuidado com a cânula, acharam fácil, pois já tinham a cânula prévia à cirurgia, gostavam de sentir-se independentes realizando o cuidado, realizaram a limpeza da cânula sem problemas e a enfermeira demonstrou no boneco como limpava:

*[...] Fazia os cuidados com a cânula preferia fazer, não queria ficar dependente do meu companheiro, nunca deixei a traqueostomia exposta, justamente para não causar desconforto para ele, limpava, fazia minha higiene [...] (H5).*

*[...] Quando operei já tinha a cânula de traqueostomia há três meses, achei fácil para cuidar, não gosto de usar a gravata de proteção [...] (H14).*

*[...] A traqueostomia foi realizada na cirurgia, no dia da alta, a enfermeira me ensinou retirar a subcânula para limpar, ficar independente, sei fazer a limpeza da cânula [...] (H15).*

*[...] Fui para casa com a cânula, não tive problemas com a limpeza realizei [...] (H18)*

*[...] Tinha aquele caninho, em casa, limpava. Ensinararam-me na enfermaria como limpava, mostraram num boneco como limpar o caninho, lavava e recolocava, não achei difícil limpar o caninho, o acompanhante me ajudava a cuidar da saúde [...] (H21).*

*[...] Fiquei três meses com a traqueostomia, não tive dificuldade, as enfermeiras explicaram o cuidado [...] (H23).*

*[...] Foi tranquilo, em casa, tirava, limpava com escovinha de limpar mamadeira, tossia, isso que me incomodava por causa do outro, as pessoas ficavam olhando, não tinha nojo de nada [...] (H22).*

Os dados da pesquisa mostraram que as atitudes de autonomia dos homens durante o cuidado com a traqueostomia foram os fatores importantes que influenciaram o aprendizado e a prontidão para aprender o cuidado de si. A demonstração do boneco foi uma estratégia de ensino considerada fácil e agradável, é um elemento fundamental para o aprendizado da limpeza da cânula, permitindo a oportunidade de o paciente realizar a prática do cuidado de si.

### **Subcategoria 5.5.2 - Necessidades de comunicação com traqueostomia**

A traqueostomia provoca afonia, afetando as necessidades psicossociais relacionadas à comunicação e segurança do paciente:

*[...] A médica falou que não ia conseguir falar, um dia na consulta com ela, você vai falar, Abílio, quer ver, tapa com dedo indicador o orifício da cânula de traqueostomia e fala o meu nome, falei o nome dela fiquei assustado achei que nunca mais iria falar, minha voz ficou normal. No início comecei colocando o dedo para falar, depois começou tampando a traqueostomia com uma borracha [...] (H4).*

*[...] Fiquei bastante tempo sem falar, foi uma semana [...] (H21)*

*[...] Escrevia, passei a escrever [...] (H22)*

*[...] Não podia falar, foi difícil. Eu não conseguia respirar em casa [...] (H23)*

O cuidado é direcionado para atender a necessidade de uma comunicação efetiva, como utilizar alternativas de figuras, quadro mágico, gestos, mímica labial, manter papel e caneta com o paciente, expressões faciais, como um sorriso, ensinar a falar colocando o dedo indicador no orifício da cânula, o que permite a emissão da voz.

O estudo de Foster (2010) revelou que os cuidados baseados em evidências para promover a aquisição de habilidades necessárias para realizar o cuidado, como a aspiração e do estoma, com um alto padrão fundamental o ensino baseado em habilidades, formalizado e

protegido, é visto como importante nesse processo. Os pacientes sentiram-se confiantes na equipe de enfermagem que demonstrou proficiência em tais tarefas e isso é considerado crucial quando se considera que a cânula de traqueostomia é uma experiência nova para os pacientes.

Outro estudo identificou que vários métodos podem ser usados para se comunicarem, incluindo gestos, acenos de cabeça, palavras faladas, escrita, uso de quadros de letras e quadros e palavras ou frases comuns adaptadas para atender às necessidades de pacientes. Fundamental que os enfermeiros avaliem as necessidades de comunicação; identificar estratégias de comunicação alternativas adequadas; criar um plano de atendimento personalizado para garantir que o plano de cuidados seja visível e acessível a toda a equipe da área da saúde; para promover uma comunicação eficaz com pacientes não verbais (GROSSBACH, 2011).

A necessidade da reabilitação fonatória foi evidenciada no relato sobre os exercícios com a musculatura da mandíbula que ajudava na articulação da fala:

*[...] A questão mais importante foi a fonoaudióloga que estava em cima de mim para fazer os exercícios. Quanto mais rápido funcionar o osso da mandíbula, melhor vai ser a recuperação, não tinha feito os exercícios, estava transtornado, realmente não tinha feito, mas quando fiz os exercício melhorou bastante a fala [...] (H6).*

Destaca-se o relato de H6 [...] *Estava transtornado [...]*, sinalizando que precisava de atenção na necessidade psicossocial. O termo transtornado significa perturbado, atordoado (HOUAISS, 2003).

Um estudo mostrou que a comunicação terapêutica na relação enfermeiro-paciente na atenção básica alcançou uma comunicação efetiva ao realizar um cuidado humanizado. Deve-se colocar à disposição do paciente e acreditar que sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem diante de situações de estresse, como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica (HADDAD, 2011).

O cuidado para o H6 não poderia ser meramente o cuidado entendido como reabilitação da fala. Trata-se de um processo de cuidado integrado envolvendo o ser humano, voltado para a autonomia e adaptação à nova condição de vida, para a integralidade, levando em conta a percepção da saúde em relação à vida; sentar à beira do leito e colocar em prática a escuta ativa como ação determinante no processo de recuperação da saúde.

### **Subcategoria 5.5.3- Necessidades de cuidado com alimentação enteral via sonda gástrica**

Evidenciou-se que os homens em tratamento cirúrgico usaram sonda gástrica para alimentação com superação e dificuldades. As superações enfrentadas foram: cuidado com a alimentação via sonda no ambiente domiciliar, consideravam fácil liquidificar a alimentação e voltar a comer pela boca. Por outro lado, as dificuldades foram: resistência na aceitação de usar a sonda; retirada a revelia e exteriorização da sonda. Superação é a ação de superar; de vencer; de ultrapassar uma situação desagradável (HOUAISS, 2003).

- **Superação no cuidado na alimentação/medicação via sonda no ambiente domiciliar**

Terapia de Nutricional Enteral é o tratamento com alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes industrializados elaborados para uso em sondas, para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme as necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, visando à manutenção da vida (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000).

Os homens relataram que foi fácil o cotidiano no cuidado com a alimentação via sonda gástrica, recebiam suplemento alimentar da nutricionista, e havia necessidade de liquidificar os alimentos:

*[...] Fui para casa com a sonda para alimentação, fiquei dois a três meses, tomava o suplemento que a nutricionista dava [...] (H5)*

*[...] A nutricionista me dava suplemento nutricional [...] (H9).*

*[...] A nutricionista explicou tudo direitinho me dava receita de suplemento alimentar [...] (H15)*

*[...] A medicação de HAS para fazer pela sonda foi difícil, porque a medicação era manipulada quando misturava na água e macerava virava uma cola, fomos nos virando como pudemos, fiquei com a sonda pouco tempo, não lembro o tempo exato [...] (H18).*

Para Horta (1979), a necessidade de nutrição tem como significado a ingestão, a digestão e a absorção de nutrientes essenciais ao indivíduo, a necessidade de conseguir os alimentos para nutrir o corpo e manter a vida.

- **Liquidificação da alimentação**

A fala dos homens revela facilidades no preparo da alimentação, pois foram orientados a liquidificar os alimentos para colocar na sonda gástrica:

*[...] Fui para casa com a sonda para alimentação. Foi tranquilo, a esposa colocou um prego na parede e colocava o frasco lá em cima, a esposa sabia fazer a comida, foi muito bom graças à Deus, estou satisfeito [...] (H9).*

*[...] Com a sonda, não tive dificuldade nenhuma. Quando saí de alta, a enfermeira explicou como fazer a medicação, não entupiu [...] (H15).*

*[...] Fui para casa, com a sonda para alimentação foi tranquilo, a esposa colocou um prego na parede e colocava o frasco para passar a alimentação [...] (H18).*

*[...] Não tive dificuldade com a sonda para alimentação, comecei a fazer a minha comida, tudo batido no liquidificador [...] (H16).*

*[...] A sonda para alimentação, foi tudo fácil, no dia da alta minha esposa recebeu as orientações da enfermeira e nutricionista, Ela tinha ficado comigo na internação como acompanhante, colocava o frasquinho da comida na grade da janela, sentava no sofá e aí tomava a dieta [...] (H19).*

*[...] Fui embora para casa com a sonda, a esposa liquidificava a alimentação, não tive dificuldade, só uma vez, a sonda entupiu aí pedi ajuda a minha vizinha que era enfermeira, aí ela lavou com uma seringa de água, ensinou a gente como que era, porque a sopa do hospital é diferente de casa [...] (H21).*

Evidenciou-se nos resultados que a orientação como cuidado no preparo de liquidificar a alimentação para infundir via sonda gástrica no ambiente domiciliar foi considerada fácil, proporcionando conforto e segurança para o paciente e familiares. Diante disso, apesar da necessidade de alimentar-se pela sonda, os homens conseguiram e identificaram pontos positivos, considerando tranquilo o cuidado com a sonda para alimentação:

*[...] Não tive dificuldade com a sonda para alimentação, no início tive ajuda da irmã, da sobrinha e cunhado, depois fui para minha casa e aí comecei a fazer a minha comida, tudo batido no liquidificador [...] (H16).*

*[...] Me alimento pela sonda, tenho a sonda para uma emergência, como sopa, tudo batido no liquidificador, porque tudo pela sonda precisa ser batido no liquidificador para não entupir a sonda [...] (H4).*

*[...] Chegando a casa aprendi fazer a sopa, batia tudo no liquidificador, a enfermeira explicou o remédio tinha que esmagar [...] (H5).*

*[...] Chegando a casa aprendi fazer sopa, batia tudo no liquidificador [...] (H6)*

*[...] Estou com essa sonda há sete meses, como figado de galinha alimentação bato no liquidificador [...] (H07)*

*[...] Sobre a sonda, quando saí de alta, o cuidado clínico foi determinado, liquidificar todo o alimento, aliás, todos os profissionais me atenderam muito bem, fiquei mais de um ano com a sonda [...] (H23).*

Um aspecto importante no cuidado é promover a capacidade de enfrentamento do paciente, pois o cuidado psicossocial consiste em apoiá-lo e encorajá-lo a aceitar a alteração da autoimagem causada pela sonda e transmitir esperança de que é possível a melhora diária progressiva.

O cotidiano e a criação na arte de cuidar do homem com necessidade de saúde representou ensinar na administração da alimentação com participação efetiva, fazer perguntas e esclarecer dúvidas, receber o frasco da dieta enteral e o equipo de infusão, informar que a frequência das refeições são as habituais, como: desjejum, almoço, lanche, jantar e, caso deseje, a ceia. A quantidade da dieta varia de 300 a 400 ml, a velocidade deve ser por gravidade, colocando o frasco da dieta acima da cabeça do paciente.

Compreende-se, então, como o cotidiano do homem no preparo da alimentação predominou de forma positiva, associada à criatividade e flexibilidade, tornando um elemento que contribuiu no cuidado da alimentação e saúde.

- **Alimentação via gastrostomia**

Apesar de um homem relatar que se alimentou via gastrostomia, torna-se importante a descrição desse relato:

*[...] Me alimentava com sonda na barriga gastrostomia. Quando fui para casa, teve uma enfermeira cuidando de mim por um período de dois meses. Fiquei com a sonda por dois anos [...]* (H2).

A gastrostomia é considerada como o procedimento de escolha para fornecimento de suporte nutricional enteral de longo prazo para pacientes que não conseguem deglutir, mas que apresentam o trato gastrointestinal funcionante. (MELLO, 2009).

Evidencia-se que o cuidado da alimentação via gastrostomia a nível domiciliar foi constituída com ajuda de uma enfermeira, com estabelecimento de um cotidiano com criatividade como cheirar os alimentos em pequenas quantidades antes de receber a alimentação pela sonda. Estabelece os seguintes cuidados: com o tubo de gastrostomia, checar diariamente o estoma, avisar a enfermeira em caso de edema, presença ou não de extravasamento peri-cateter; limpar e secar o estoma diariamente, especialmente a área abaixo do dispositivo de fixação, lavar com água potável a sonda, administrar somente líquidos, comunicar a enfermeira se o adaptador estiver danificado; observação da quantidade de dieta administrada; vedação da abertura do cateter; lavagem com 20 a 30 ml de água após infusão da dieta e dos medicamentos; manutenção da cabeceira elevada a 30 graus trinta minutos após infusão da alimentação; manutenção de uma boa fixação do cateter; orientar e estimular a higiene oral três vezes ao dia, a fim de evitar a colonização da orofaringe; evitar tração brusca do cateter; avaliar a pele periestoma, buscando sinais de irritação ou infecção; a manutenção da pele periestoma limpa, seca e íntegra é considerada padrão ouro (LINO, 2013)

- **Superação e a volta da alimentação pela boca**

Os homens superaram a alimentação via sonda gástrica e conseguiram voltar a comer pela via oral, com acompanhamento e liberação dos profissionais da equipe multiprofissional:

*[...] Aprendi sozinho a comer pela boca, acompanhei um tempinho com a fonoaudióloga. Tentou me dar danoninho, não conseguia. Em casa, testava com leite, aí consegui. Estou comendo pela boca, comecei a comer pela boca depois de 4 anos de cirurgia intercalava pela boca e sonda [...] (H4).*

*[...] O médico retirou a sonda e liberou, voltei a comer pela boca [...] (H15).*

*[...]Na revisão no ambulatório, retirou a sonda e liberou comida pela boca, mas fui embora para casa com a sonda para alimentação, incomodava, fiquei quinze dias [...] (H22).*

É importante orientar sobre a impossibilidade de alimentação por via oral, permanecendo em dieta zero para garantir a cicatrização da ferida intraoperatória e prevenir a aspiração consequente à cirurgia de laringectomia parcial. O procedimento cirúrgico nessa área acarreta alterações fisiológicas na deglutição, havendo a necessidade da instalação da sonda gástrica para nutrição enteral. A sonda é utilizada quando se mantém a função gastrintestinal intacta, mas com alterações nas funções de mastigação e deglutição,

Se a recuperação das funções de mastigação e deglutição não for possível, como na cirurgia da cavidade oral, torna-se necessário explicar ao paciente e à família a implantação de uma gastrostomia por cirurgia ou via endoscópica.

As necessidades de cuidado com sonda gástrica para alimentação foram: estimular a independência de realizar o cuidado com a alimentação, informar que a dieta deve ser infundida em temperatura ambiente, informar que a sonda está posicionada no estômago e que pode causar distúrbios gastrointestinais, como diarreia, náuseas e vômitos; comunicar depois de administrar a alimentação e a medicação, e infundir 50 ml de água potável para prevenir a obstrução da sonda e dar preferência para medicamentos de forma líquida.

### **Dificuldades com a sonda gástrica para alimentação**

Caracteriza-se pela resistência na aceitação da sonda e exteriorização seguida da retirada à revelia da sonda.

- **Resistência na aceitação da sonda**

Evidencia-se nas falas que os pacientes apresentavam resistência para permanecer com sonda para alimentação, queriam comer pela boca, não gostavam da dieta enteral e reclamavam da necessidade da sonda:

*[...] Fiquei muito tempo com a sonda, reclamei tanto, reclamava, brigava com a mulher, reclamava com o médico no dia da consulta. A mulher falava: você não ia falar com o médico? Fala com ele. Ai falei que não aguentava mais a sonda, que perturbava muito aquela sonda, de repente o médico deu um puxão na sonda e retirou [...](H3).*

*[...] Sonda para alimentação foi um sufoco para qualquer um, porque, só em saber que tinha que ficar com a sonda, a cada seis horas alimentação liquidificada e medicação, foi difícil para toda família [...]  
(H18).*

*[...] Detesto sonda para alimentação, prefiro fazer dez cirurgia de que colocar a sonda para alimentação, aconteceu de a sonda dobrar, precisei vir do município de Petrópolis para o hospital do câncer I para repassar a sonda [...](H20).*

Alimentação por sonda é um dispositivo comum no ambiente intra e extra-hospitalar e, por ser o cuidado com a sonda exclusividade da Enfermagem, torna-se importante avaliar os principais fatores envolvidos nos incidentes relatados pelos pacientes e traçar estratégias de cuidado de prevenção.

No seu relato, H6 revela que a dieta enteral era agradável e que a sonda o incomodava, mas era preciso para mantê-lo vivo, gostaria de tira-la e tinha um desejo angustiante de alimentar-se por via oral, sabia que não podia fazer isso, pois iria se prejudicar, mas, no imaginário, ficaria forte novamente e recuperava a saúde.

Um estudo de Barbosa (2005) aborda as representações sociais sobre a alimentação via sonda gástrica em pacientes adultos hospitalizados, identificou significados e representações do quadro vivenciado de restrição alimentar, pelo recebimento de alimentação artificial por via que não a normal: a desconfiança da nutrição artificial como alimento, o sofrimento, a tristeza, o sentido ao precisar de alimentação não convencional, a falta e o desejo dos sentidos no uso da alimentação via oral, o incômodo ocasionado pelas restrições do tratamento cirúrgico e manutenção à saúde.

Dessa forma, o cuidado direcionado para a necessidade de alimentação caracteriza-se pela a atenção da escuta ativa em relação à ansiedade, expectativas de logo recuperar a saúde e retirar a sonda e voltar a comer pela boca, envolver a família no processo de adaptação e enfretamento com o uso da sonda gástrica, e integrar o cuidado com a nutricionista e a psicóloga.

- **Dificuldades com a retirada da sonda gástrica à revelia**

As dificuldades na utilização da sonda gástrica para alimentação caracterizam-se pela exteriorização seguida da retirada à revelia. Revelia é o ato de rebelar-se, não se conformar com algo, apresentar resistência (HOUAISS, 2003).



*[...] A sonda para alimentação saiu espontaneamente, mais não precisou repassar, a fonoaudióloga liberou alimentação via oral [...] (H16).*

*[...] O cuidado com a sonda gástrica foi ruim, quando estava em casa com 15 dias de cirurgia, apresentei uma tosse e espirro, a sonda exteriorizou, acabei de retirar a sonda e comecei a comer pela boca manga em fatias, na época fui à emergência, o médico me avaliou e falou que estava tudo bem autorizou alimentação pela boca [...] (H15).*

Pereira (2013) evidenciou que as principais causas da perda/retirada da sonda de alimentação relacionadas ao paciente e à obstrução foram a retirada pelo paciente (50%) e a obstrução da sonda (36%). Foram observadas a correlação da perda da sonda enteral com alterações da cognição dos pacientes, como *delirium* e a demência, e a incrustação de resíduos no lúmen da sonda.

Observa-se na fala de H7 uma experiência ruim de dois meses com a sonda, pela necessidade da sonda gástrica para alimentação. Evidenciou que passou dificuldades de cuidado com a sonda porque a sonda entupia e demorava para infundir a alimentação, colocando-o em uma situação de estresse, que levou à retirada não planejada da sonda e alimentar-se via oral por conta própria:

*[...] Sonda para alimentação foi a parte pior, a sonda entupia toda hora, a comida ficava pingando e nunca acabava. Com dois meses de cirurgia, arranquei a sonda em casa, não aguentava mais, aí comecei a comer pela boca, comida de panela, quando voltei ao médico fez um exame na minha boca estava tudo bem [...] (H7).*

Nesse contexto, para evitar a obstrução da sonda, deve-se realizar a lavagem com água potável após a infusão da alimentação, registrar permeabilidade do dispositivo e comunicar de imediato qualquer resistência na sonda. Mediante a comunicação, efetua-se a lavagem da sonda com água morna e a guia-escova fornecida pela equipe de endoscopia digestiva alta para retirada eventual de resíduos na sonda de alimentação. Com esta medida, houve a constatação de grande incrustação de dieta/medicamentos na sonda de alimentação enteral (PEREIRA, 2013).

*[...] Usei a sonda para alimentação, foi difícil, retirava a sonda, comia pela boca, saia comida pela traqueostomia, aí vinha ao hospital para repassar a sonda. Estava enjoado de comer pela sonda, fiquei magrinho. Fui eu quem retirou a sonda, voltei a comer pela boca por conta própria, depois que a médica liberou [...] (H14).*

O cuidado de acompanhar o peso corporal caracteriza-se pela avaliação da indicação ou não da instalação de uma sonda gástrica e avaliação integrada com a nutricionista e seguimento no ambulatório com vista à prevenção de desnutrição.

Indica-se a nutrição enteral quando não se consegue suprir as necessidades diárias de alimentação, porém com o trato gastrointestinal íntegro. Para Nanda (2015), nutrição

desequilibrada, menor do que as necessidades corporais, é a ingestão de nutrientes insuficientes para satisfazer as necessidades metabólicas.

Evidenciou-se que as necessidades de cuidado com alimentação via sonda gástrica têm dois aspectos distintos: superação e dificuldades. As superações: o preparo do alimento foi fácil, tudo foi liquidificado, a nutricionista fornecia os suplementos alimentares, a enfermeira explicou como administrava a medicação pela sonda e a manutenção, os pacientes conseguiram voltar a alimentar-se por via oral. As dificuldades: resistência em permanecer com a sonda, incomodava; após excesso de tosse, a sonda exteriorizava com saída espontânea ou com a retirada à revelia pelo paciente.

#### **Subcategoria 5.5.4 - Necessidade de cuidado com o curativo cirúrgico na região cervical**

Os resultados da pesquisa mostram: tiveram cuidado com a ferida operatória e retirada de pontos na instituição de saúde; trocavam os curativos com apoio de familiares e amigos e apresentaram complicação com infecção da ferida operatória:

- **Cuidado com a ferida operatória**

As falas dos homens mostra que acompanharam com a enfermeira o cuidado clínico da ferida operatória na instituição de saúde, com a retirada das suturas cirúrgicas com resultados efetivos:

*[...] Os pontos do pescoço tirei no hospital com a enfermeira [...] (H2).*

*[...] Hi! Curativo! Muito chato, tinha que vim no hospital do câncer I para a enfermeira trocar, mas é aquele negócio, tem que passar por tudo isso, foi chato, mas valeu a pena e deu certo [...] (H3).*

*[...] Curativo sem problemas, a enfermeira no hospital do câncer I retirou um bocado de pontos, quinze dias depois retirou os pontos todos, a esposa arrumou tudo novinho, reformou o quarto todo, pintou e comprou cama nova [...] (H4).*

*[...] Vinha fazer o curativo, com a enfermeira no ambulatório na sala de curativo, me recuperei muito rápido [...] (H5).*

*[...] Não tinha curativo, quando sair de alta hospitalar, somente depois vim no hospital do câncer I, para retirar os pontos com a enfermeira [...] (H6).*

No relato de H3, apesar de considerar “chata” a troca do curativo, sabia da necessidade do cuidado para recuperação da saúde. Valeu a pena o sacrifício do deslocamento da residência ao hospital para receber o cuidado. A assistência institucional na pós-modernidade traz umas das características fundamentais para perceber as nuances de cada

instante em aprender olhar e compreender o que se passa com o sujeito do cuidado (JUNIOR, 2012).

Do ponto de vista dos homens atendidos no ambulatório de enfermagem, os cuidados que receberam atenderam às necessidades para a recuperação. Denota-se a satisfação em interligar o cuidado recebido que proporcionou a cicatrização da ferida operatória e, finalmente, a retirada dos pontos cirúrgicos.

A cicatrização da ferida operatória constitui por três mecanismos: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção. A cicatrização por primeira intenção é caracterizada por união primária, a de segunda intenção se dá por granulação que ocorre em feridas infectadas, por exemplo, abscessos, e a terceira intenção é a cicatrização secundária à ferida que foi ressuturada (BRUNNER, 2015).

Nesse sentido, realiza-se o cuidado de orientar que, depois da retirada das suturas cirúrgicas na região do pescoço, deve-se manter a linha de sutura limpa com compressa de gaze estéril, com movimentos leves do pescoço. A ferida pode parecer está cicatrizada, mas o processo de cicatrização dura várias semanas.

- **Apoio de familiares e amigos na troca do curativo**

Os relatos dos homens da ajuda dos familiares e vizinhos na troca do curativo chama atenção pela relação de cuidado com o outro, colocar-se a disposição no momento que o homem precisa de ajuda:

*[...] Minha vizinha me ajudou a trocar o curativo no pescoço todos os dias [...] (H1).*

*[...] Curativo, tinha uma enfermeira que fazia a troca, cuidou de mim por dois meses. [...] (H2)*

*[...] Minha irmã fazia os curativos, não tive problemas [...] (H7).*

*[...] Eu mesmo fazia, trocava o curativo, tinha vez que um amigo me ajudava [...] (H14).*

*[...] Quem fazia as trocas dos curativos no pescoço era meu filho, não tivemos problemas [...] (H18).*

*[...] A minha esposa via a médica trocar o curativo todos os dias, aí ela foi aprendendo, em casa soube trocar sem problemas, fiquei 25 dias de internação, e a esposa como acompanhante [...] (H19).*

Observa-se que procuraram alternativas de ajuda de cuidado à saúde, pois torna-se importante envolver familiares, amigos, pessoas consideradas significativas que podem realizar o cuidado longe da instituição de saúde. Por outro lado, verificou-se que apresentou complicação pós-operatória evoluindo com infecção da ferida cirúrgica:

*[...] Curativo no pescoço, tive problema, a ferida abriu, fiquei acompanhando no hospital com a enfermagem no ambulatório, sala de curativo, toda a cicatriz ficou puxada porque abriu os pontos [...] (H12).*

O cuidado com o curativo cirúrgico deve envolver a família, amigos. Caso o paciente more sozinho, deve solicitar o serviço de cuidado domiciliar no Programa Saúde da Família, porque os serviços comunitários são necessários como suporte. Pessoas próximas são as que constituem o entorno afetivo do paciente, esta rede é constituída por livre escolha e nela encontra-se um pouco de tudo: família, colega de trabalho, vizinho, paciente, amores passados, presente e futuros, amigos dos amigos, os próprios inimigos, jovens, velhos, pessoas brincalhonas ou tristes.

Nesse contexto, a dinâmica da rede de relações perpassa as questões do processo saúde-doença-cuidado com acolhimento ou não. A aproximação e o distanciamento depende de fatores que podem estar ligados a situações que ocorreram antes da doença. A equipe de saúde poderá identificar integrantes da rede de apoio que podem contribuir com o cuidado. Após um procedimento cirúrgico, o paciente se depara com uma ferida operatória que, apesar de parecer uma simples linha de sutura, requer cuidado com avaliação do sítio cirúrgico que envolve o exame físico da ferida e da pele adjacente, relacionando os achados com o processo fisiológico de cicatrização (CARVALHO, 2008).

O cuidado com a incisão cirúrgica deve ter a orientação verbal e por escrito com demonstração da troca do curativo com o paciente, a família e o amigo. Deve-se explicar ao paciente que procure uma Unidade de Saúde na presença de qualquer um dos sinais de infecção: rubor, edema acentuado a partir da incisão cirúrgica com hipersensibilidade, secreção amarelada pela incisão.

#### **Subcategoria 5.5. 5 - Necessidades de informação sobre vida íntima**

Evidenciou-se nos seguintes relatos que os homens eram casados; com união consensual; separados, e moravam sozinhos: a vida íntima estava prejudicada, sentiram insegurança com receio de rejeição do companheiro; apresentavam comportamento/atitudes de isolamento social e não demonstraram desejo para expressarem sobre o cotidiano da vida íntima e interação social prejudicada:

*[...] Sou casado. Minha vida íntima está prejudicada, causada pelo estado emocional, estou em acompanhamento com a psicóloga, mas não estou vendo resultado, fala que é assim mesmo [...] (H7).*

Com relação às questões emocionais, o padrão de vida íntima do paciente estava prejudicado, pois, apesar de procurar cuidado clínico psicológico, não estava obtendo resultados. Os desafios emocionais e as implicações funcionais e estéticas do tratamento cirúrgico precisam ter um diálogo com o homem e sua esposa como: propor alternativas de uma terapeuta sexual, caso desejem. Pode-se proporcionar uma ligação entre o casal, o que não havia acontecido antes do diagnóstico e tratamento do câncer. Padrões de sexualidade ineficazes são expressões de preocupação quanto a própria sexualidade (NANDA, 2015).

No entanto, H6 relatou que encontrou medidas de enfrentamento para continuar a vida íntima com o companheiro, colocando uma proteção na área do pescoço local do estoma que incomodava no momento íntimo. Realizou cuidado com o corpo para preservar e satisfizer os desejos amorosos com o companheiro por receio de ser rejeitado.

Os dados da pesquisa demonstram que H6 improvisou algumas medidas de enfrentamento no aspecto psicossocial de carinho, afeto e amor do companheiro, obtendo resultado satisfatório:

*[...] Moro com companheiro, só faço sexo vestido com a camisa, acho que quebra se mostrar a ostomia, causa uma gastura, mal-estar ver o ostoma, causa um incômodo, queria tirar a impressão de doente, para ser desejado sexualmente, tinha medo de ser rejeitado, mas isso não ocorreu. Inclusive, o rapaz que conversei em Brasília falou que o casamento dele acabou após a doença e a cirurgia, acho que não era meu caso, tive receio, minha preocupação era a rejeição, rejeitado sexualmente de abraço, de afeto, relação íntima com o meu companheiro de carinho, sou homossexual, minha relação era sólida, na época da cirurgia tínhamos 17 anos de relacionamento íntimo [...] (H6).*

Observa-se no relato de H6 que o seu relacionamento influenciou a experiência de carinho, afeto, amor e confiança, fatores primordiais no cotidiano da vida íntima, pois todas as pessoas apresentam uma necessidade básica de serem amadas. A vida íntima envolve muito mais.

A World Health Organization (2006) definiu o bem-estar sexual da seguinte maneira: capacidade de apreciar e controlar o comportamento sexual de acordo com a ética pessoal e social, liberdade do medo, vergonha, culpa, crenças falsas e outros fatores psicológicos que inibem a resposta sexual e que comprometem os relacionamentos sexuais e liberdade de distúrbios orgânicos, doença e deficiência que interfiram na vida íntima.

Outro autorrelato caracterizou-se pelo isolamento social no qual os homens deixam evidente que não desejam arrumar companheira de relacionamento fixo. Dedicam-se a cuidar da saúde deixando para um segundo plano o casamento:

*[...] Nos últimos seis meses estou sem companheira, não tenho desejo de casar. Somente namorar sem compromisso [...] (H10).*

[...] *Relacionamento íntimo estou parado, estava sem namorada quando fiquei doente. Agora isso está em segundo plano, primeiro minha saúde, preciso pensar muito para arrumar alguém na altura, na igreja não tem ninguém que seja boa para relacionamento. Mas não fico na igreja quando acaba o culto, vou embora [...]* (H16)

Constata-se um isolamento social pelo período informado sem companhia e o desejo de não se casar, situação interligada com a dimensão social prejudicada com risco para solidão. Caracteriza-se pelos aspectos psicobiológicos com desejo sexual inibido, dificuldades interpessoais com implicações nas necessidades de cuidado à saúde sexual, como dialogar sobre a alteração no cotidiano da vida íntima e integrar o cuidado com a psicóloga. O cuidado de enfermagem tem como objetivo central avaliar as alterações na vida íntima, auxiliar na prevenção de problemas e ajudar o homem a lidar com essa demanda.

### **\*Pouco desejo para expressão sobre vida íntima**

Os homens não demonstraram vontade para se expressar sobre a questão da vida íntima. Restringe-se a informação do estado civil e que nada mudou na vida íntima:

[...] *Sou casado, boa relação com a esposa [...]* (H17)

[...] *Moro com a esposa, tenho dois filhos [...]* (H3)

[...] *Casado, esposa ajuda o tempo todo [...]* (H4)

[...] *Moro sozinho. Tenho um filho adotivo [...]* (H1)

[...] *Moro com a irmã. Sou solteiro [...]* H14

[...] *Não sou casado. Não tenho filhos. Moro sozinho e cuido da saúde [...]* (H2)

[...] *Quanto à sexualidade, não mudou nada [...]* (H13).

[...] *Solteiro, moro sozinho [...]* (H5).

[...] *Casado, não teve alterações na vida íntima [...]* (H12).

[...] *Sou separado, fui embora, fui para casa da minha mãe. Não tenho filho com ela. [...]* (H3)

Sexualidade caracteriza-se pelo conjunto de fenômenos ligados ao sexo, observáveis nos seres humanos e na atividade sexual (HOUAISS, 2003).

Um estudo sobre sexualidade adulta e a atuação dos psicólogos, desafios e contradições, evidenciou nas declarações que não se sentiam aptos para atender problemas sexuais e permitiram considerar que a falta de educação sexual em casa e no âmbito escolar, somada às experiências pessoais frustradas e parceiros sem habilidades sexuais, acabou por reforçar as dificuldades e o despreparo da profissional para atuar nessa área com o paciente (MARIUSSI, 2014).

Os resultados desta pesquisa nos permitiu considerar as implicações quanto às necessidades de cuidado aos aspectos psicobiológicos ligados à sexualidade, e as neoplasias do trato aerodigestivo superior tornam-se um desafio no planejamento do cuidado.

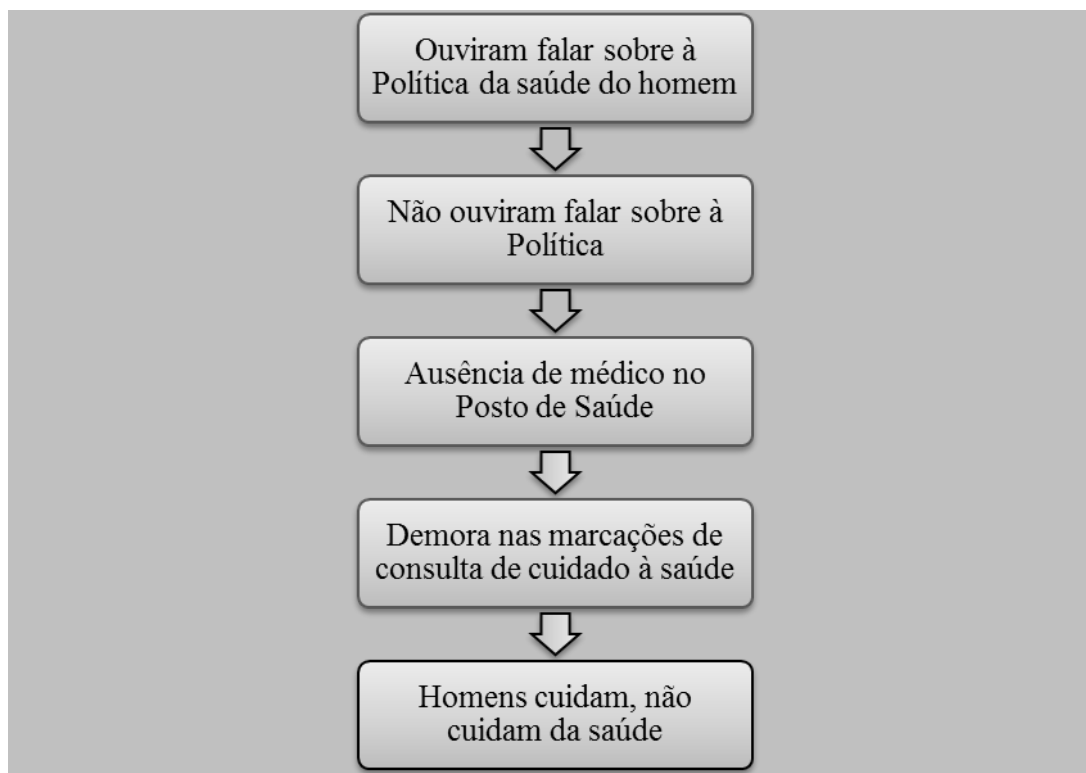
Logo, deve-se realizar uma avaliação inicial e continuada com o homem, incluindo os aspectos físicos e psicossociais, visando identificar as demandas, de modo que o cuidado seja efetivo e adequado, como: a escuta ativa dos anseios, medos que possam expressar a respeito do tratamento cirúrgico capazes de limitar o envolvimento na vida íntima, explicar a possibilidade de acompanhamento com a terapeuta da saúde sexual ou mental especializado. Alguns problemas sexuais precisam de terapia continuada com profissional especializado, reafirmar a necessidade de proximidade com expressões de carinho, envolvendo a parceira em atividades de toque, massagem estimulando o bem-estar de ambos paciente e a esposa.

Deste modo, a necessidade de cuidado com a saúde do homem em tratamento cirúrgico oncológico e os aspectos mais afetados foram: aspectos psicobiológicos, necessidades de cuidado clínico com alimentação via sonda gástrica, necessidade de informação sobre a vida íntima, com demanda de cuidado integrado com a equipe de saúde, nutricionista e psicóloga por requerer cuidado interdependente e dependente.

### **Categoria 5.6 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Perspectivas em relação à política e ao cuidado à saúde**

Nessa categoria perguntou-se ao homem se tinha ouvido falar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada em 2008 pelo Ministério da Saúde. A política tem como finalidade promover ações de saúde que contribuem para a compreensão da realidade singular masculina, estimular o autocuidado e o reconhecimento de que a saúde é um direito social, básico e de cidadania de todos os homens brasileiros, proporcionando a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os resultados evidenciaram que alguns homens tinham ouvido falar sobre a Política, mas a maioria não, e logo argumentaram que, apesar de a Política ser lançada pelo Governo Federal em 2008, na prática não funciona, e é caracterizada pela ausência de médico no Posto de Saúde e demora nas marcações de consulta de cuidado à saúde dos homens, que cuidam, mas não cuidam da saúde.



**Figura 8** - Apresentação da perspectiva do homem em relação à Política e ao cuidado à saúde

### Subcategoria 5.6.1 - Ouviram falar sobre a política de cuidado à saúde

Evidenciou-se que os homens tinham ouvido falar sobre a política, mas não acreditavam que isso poderia mudar o cuidado à saúde masculina:

*[...] Já ouvi falar da Política Saúde do Homem [...] (H8).*

*[...] Ouvi sobre isso num noticiário de televisão no canal fechado Globo News [...] (H10).*

*[...] Já ouvi falar da política nas mídias como televisão e rádio, achei ótima essa iniciativa [...] (H15).*

*[...] Já ouvi falar sobre a política [...] (H20).*

*[...] Já ouvi falar sobre a política, mas nunca parei para prestar atenção sobre isso [...] (H22).*

*[...] Ouvi falar da política. [...] (H21)*

*[...] Já ouvi, mas não acredito na política da saúde do homem, porque não fazem nada. É só balela fazem tudo em momentos. Depois cai no esquecimento [...] (H24).*

Observa-se que H15 e H22 consideraram a iniciativa do Governo Federal muito boa com a questão da implantação da Política nacional para atender às necessidades de saúde da população masculina. Outro homem tinha ouvido falar da política, mas não tinha refletido sobre essa questão do cuidado à saúde. Percebe-se que os homens apresentam dificuldades em dar atenção à saúde para a prevenção de doenças, transmissíveis ou não. No seu relato, H24



argumenta que há divergência em relação à política, não conseguia visualizar na prática, descredenciando da política e ficando contra a iniciativa do Ministério da Saúde.

Mendonça (2010), em um estudo no município de Vitória, constatou que alguns participantes não percebem o benefício da implantação de uma política de saúde específica para a saúde do homem. Isso pode ser um reflexo da falta de inclusão dos homens nos serviços de cuidado à saúde.

### **Subcategoria 5.6.2 - Não ouviram falar sobre a Política**

Constatou-se que outros participantes relataram não terem ouvido falar da política de cuidado à saúde masculina e, se ouviram, não lembram:

*[...] Não ouvi falar da política [...] (H4)*

*[...] Não ouvi falar dessa política, não adianta nada [...] (H5)*

*[...] Nunca ouvi falar da política da saúde do homem [...] (H6)*

*[...] Não ouvi falar [...] (H7).*

*[...] Não ouvi falar da PNAISH [...] (H13).*

*[...] Não ouvi fala da Política Saúde do Homem [...] (H14).*

*[...] Não ouvi falar sobre a política. Se ouvi não lembro [...] (H16).*

*[...] Não ouvi falar sobre a política [...] (H21).*

*[...] Nunca ouvi falar sobre a política [...] (H22).*

Diante dos achados desta pesquisa, faz-se necessária a realização de uma estratégia que ofereça informações à população masculina sobre a implantação da política de saúde para esse público-alvo, com ênfase nos eixos de promoção, prevenção e tratamento das doenças transmissíveis ou não, estimulando a participação e inclusão do homem nas ações de cuidado à saúde. O estudo de Cavalcanti (2014) identificou que a criação da PNAISH não foi suficiente para inserir o homem no contexto de saúde; desta forma, propõe-se mudanças no modelo assistencial de cuidado.

### **Subcategoria 5.6.3 - Ausência do médico no posto de saúde**

Os questionamentos dos participantes desta pesquisa foram: ausência de médico nos serviços de saúde; quem atende é a equipe de enfermagem; a Política não resolve a questão da Saúde do Homem; demora nas marcações de consultas para quase todas as especialidades procuradas; e alguns homens concordam que não cuidam da saúde. A ausência de médico no Posto de Saúde é um fator que desestimula os homens a procurarem cuidados:

*[...] Os postos de saúde, como o Programa Saúde da Família, são uma bagunça, quem atende é a enfermeira, médico não te atende [...]* (H5)

Os pacientes visualizaram somente a figura do médico e a procura de serviços curativos de atenção especializada, desconhecendo a linha de Atenção Básica de Saúde considerada a porta de entrada do Sistema Único e o cuidado de enfermagem na atenção e promoção da saúde.

Com base no exposto, o modelo assistencial curativo centrado na figura do médico ainda permanece nos dias atuais, principalmente sob a visão da população masculina. Tornase, então, necessário educar e sensibilizar os homens para a importância das medidas de prevenção de doenças e manutenção da saúde, para que possam transformar-se em sujeitos do cuidado clínico (CAVALCANTI, 2014).

#### **Subcategoria 5.6.4 - Demora nas marcações de consulta de cuidado à saúde**

Os depoimentos assinalam como obstáculo: a falta de resolutividade na assistência, sob o enfoque de dificuldades de acesso a exames e a demora no atendimento na Unidade Básica de Saúde, ambos pautados na morosidade do SUS. Nessa perspectiva, a opinião do usuário é a melhor ferramenta para avaliar a qualidade de atenção na saúde pública, podendo contribuir para a reorganização deste sistema, que muito precisa ser feito para que as demandas e necessidades dos usuários sejam atendidas (ROSA, 2011).

Os pacientes demonstraram-se preocupados com a saúde. No entanto, a preocupação era somente a questão da próstata e a consulta com médico especialista urologista:

*[...] Estou preocupado com a minha saúde em relação à consulta com urologista, porque fiz exame de próstata em 2007 e não fiz mais, vou marcar uma consulta médica com urologista no Programa Saúde da Família perto da minha residência, pois tenho cadastro [...]* (H7).

*[...] Fui a um posto do Programa Saúde da Família marcar uma consulta médica com urologia, foi marcada para o mês de setembro 2016 [...]* (H4).

*[...] Diminuir o tempo das consultas nos Postos de Saúde no Município do Rio de Janeiro, pois, não é possível esperar oito meses por uma consulta com o médico urologista [...]* (H6).

*[...] A Política Nacional de Saúde não resolve o problema da saúde do homem, temos que esperar dois meses para uma consulta [...]* (H11).

*[...] Consulta de catarata, esperar um ano, consulta de urologista, próstata, esperar três meses, consulta de revisão geral com clínico, esperar dois meses [...]* (H8).

*[...] Tenho catarata, consegui marcar consulta para daqui há sete meses, o Programa Saúde da Família está muito ruim, marcando consulta longe demais [...]* (H9).

*[...] O governo lançou a política nacional de cuidado a saúde do homem, mas não das condições para que os homens se cuidem ou procurem os serviços de saúde, porque fui marcar uma consulta no clínico em um posto de*

*saúde perto da minha residência e marcaram a consulta para daqui a dois meses. Deveria ser de imediato esse atendimento, a consulta médica, se for de morrer, vai morrer, porque não temos recursos para cuidar da saúde. Faltam organização e gerenciamento nas instituições de saúde [...] (H18).*

Um estudo afirma que a procura pelo serviço de saúde pode ser caracterizada como preocupação e cuidado com a saúde, essa atitude pode ser entendida como uma ação voltada à prevenção de doença (ALVES, 2011)

Cavalcanti (2014) identificou que os homens acreditam que a saúde está relacionada, principalmente, ao exame de prevenção do câncer de próstata, dificultando a procura por serviços de saúde quando se trata de outras enfermidades ou a promoção da vida.

Nesse sentido, vários fatores interferem na adesão masculina na procura dos serviços de saúde preventiva, a vinculação na realização do exame preventivo do câncer de próstata, que ocasiona constrangimento, medo e preconceito e tem como consequência a busca tardia do cuidado e o não reconhecimento de necessidade de saúde.

Em um estudo na Unidade de Atenção Básica com os profissionais da área da saúde, qualificaram-se os seguintes tópicos: os homens ausentes nos serviços, com invisibilidade, presença evidente da questão cultural de masculinidade hegemônica, impacientes, objetivos, desconheciam os códigos e práticas de prevenção de saúde e tinham menor aderência ao cuidado clínico preventivo (MACHIN, 2011).

Acredita-se que a capacitação e o aumento do quantitativo de profissionais da área de saúde possam determinar uma mudança no atendimento à população masculina, na solução dos problemas de saúde, buscando resolutividade efetiva na assistência e ocasionando inserção da população masculina aos serviços de saúde do país.

### **Subcategoria 5.6.5 - Homens cuidam, não cuidam da saúde.**

Nos relatos, os homens concordam que alguns cuidam e outros não cuidam da saúde, são desleixados, acomodados, relaxados, provedores da família, não dão atenção à vida:

*[...] Concordo que os homens não se cuidam, são muito desleixados [...] (H10).*

*[...] Não adianta, os homens não se cuidam, me cuido desde que tinha 17 anos, meu irmão tem 51 anos de idade e não se cuida, nem eu com esse problema de saúde, câncer de cavidade oral, meu irmão não aprende [...] (H11).*

*[...] Acho que o homem é um pouco relaxado com a saúde, não são todos, mas a maioria. [...] (H12).*

*[...] Está um pouco preocupado com a saúde, porque tem cinco anos que não vai a uma consulta com urologista, poi, a última consulta foi particular em 2012 [...] (H13).*

*[...] Realmente os homens não se cuidam, são mais relaxados, as mulheres são cuidadosas, cuidam mais da saúde, a minha esposa, por exemplo [...] (H15).*

*[...] O homem é mais acomodado né, só procura o médico quando o negócio está feio, se tivesse logo procurado um médico não precisava operar. Ele vai tomar um comprimido passou a dor aí esquece a saúde [...] (H16)*

*[...] Faço acompanhamento com urologista, na época procurei consulta médica, pois tinha dificuldade para urinar,. Faço acompanhamento uma vez por ano e tomo remédio para próstata aumentada [...] (H17)*

*[...] Homem tem muito problema de próstata, inclusive estou tomando um remédio para próstata porque prende a urina, já fiz USG da próstata. Ele fica com preconceito do toque e quando vai descobrir é tarde, aí depois é obrigado retirar a próstata, e, aí agora, eu não tenho nada disso, uma coisa que você pode prevenir [...] (H20).*

*[...] Procuo cuidar da minha saúde, logo procuro assistência médica, tenho consulta na odontologia, para ver um dente que quebrou na fono e na fisioterapia [...] (H21).*

*[...] Homem é provedor da família, por isso não procura cuidado à saúde [...] (H22).*

*[...] Procurei consulta médica para cuidar da saúde com urologista após realizar o exame de próstata. Identificou que estava aumentada, pediu um exame radiológico de USG da próstata, depois vou retornar ao médico. Enfermeira que me orientou sobre isso, o homem não chora, sente-se forte e não procura o médico [...] (H24).*

*[...] Cuidado à saúde é corpo, alma e espírito. O cuidado a saúde do homem é cultural, a geração nova cuida da saúde, por exemplo, meu filho tem 20 anos tem todo cuidado com a saúde, faz exercícios físicos e tem uma alimentação saudável [...] (H25).*

Os homens questionam que a política não está ajudando de forma efetiva no cuidado à saúde do homem; precisa-se divulgar, com um diálogo aberto, a população masculina, a finalidade central da política, para identificar os agravos de saúde que se constituem um problema de saúde pública, que precisa de atenção integral em todos os níveis de saúde, primária, secundária, terciária e quaternária.

Os profissionais da saúde, em especial a Enfermagem, devem fazer articulações e estratégias de divulgação da política do homem, inseri-los como sujeito do cuidado no contexto social. Deve-se realizar palestras em sala de espera, e distribuir panfletos com uma síntese sobre a Política Saúde do Homem no âmbito da prevenção e promoção da saúde, questões do tabagismo e o consumo excessivo de bebida alcoólica, entre outras questões que envolvem a saúde masculina no Brasil.

Para Nogueira (2013), a pesquisa com a temática saúde do homem é incipiente no meio acadêmico e na sociedade. Implica considerá-lo em todas as etapas da vida, na infância, na adolescência, na fase adulta e idosa. A abordagem masculina precisa ser inserida no processo de aprendizagem, nos aspectos relacionados à atenção de prevenção e promoção da saúde considerados importantes para diminuir a incidência de novos casos de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, e, em especial, as neoplasias do trato aerodigestivo superior na população masculina.

No seu autorrelato, o Senhor Lima relaciona a necessidade de cuidado psicossocial à saúde do homem. A parte frágil do ser humano que intrinsecamente ou extrinsecamente não gosta de demonstrar pode estar relacionada com a questão da masculinidade hegemônica imposta pela sociedade, ligada às questões de trabalho, dinheiro e empoderamento:

*[...] Os homens deveriam procurar cuidado com a saúde, no lado emocional um carinho, um aperto de mão. Isso vale mais do que um saco de dinheiro, um apoio da família, tenho quatro filhos que moram comigo [...](H17).*

O participante da pesquisa mencionou que o poder, o dinheiro e o *status* financeiro não tem valor nenhum na questão do cuidado à saúde do homem, mas um gesto de amor, amizade e carinho da família dos amigos tem muito valor. Nesse sentido, ficou explícito que o cuidado com acolhimento e um atendimento humanizado e com qualidade podem conseguir adesão da população masculina nos serviços de Atenção Básica de Saúde.

Estudo de Storino(2013), necessidades de saúde de homens na atenção básica acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade, mostrou que o acolhimento e o vínculo se destacaram como dispositivos potencializadores da integralidade da assistência e do reconhecimento das necessidades de saúde do homem foi como o primeiro passo para romper com a invisibilidade do público masculino no sentido de dar vistas para os princípios de equidade e integralidade da assistência.

A capacidade dos profissionais e dos serviços de acolherem, traduzirem e construir um cuidado contínuo e adequado para as necessidades de saúde torna-se fundamental para que os homens se reconheçam como sujeitos do seu cuidado e de suas necessidades.

**CAPÍTULO 6 \_\_\_\_\_ QUALIDADE DE VIDA DO HOMEM EM  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR (UW-  
QOL-Versão 4.0)**

**Tome uma atitude CURATIVA**

Nunca o Planeta Terra esteve tão necessitado de cura quanto neste momento em que vivemos.

A ATITUDE CURATIVA é necessária quando começamos a despertar para tudo o que criamos no passado de modo inconsciente.

Partes da nossa consciência podem ser curadas a todo instante, e essa cura se processa com maior intensidade quando reconhecemos que, no nível da Alma, contamos com todo potencial de que precisamos.

Podemos curar a nós mesmos e ao Planeta quando nos libertamos de toda negatividade e ignorância e escolhemos canalizar o nosso potencial criativo para receber e irradiar o amor que vem da Alma.

Café, S (2012).

Os dados da pesquisa revelaram que os domínios com as médias mais altas foram recreação (78,45) e dor (77,59), e as médias mais baixas situaram-se nos domínios mastigação (52,59) e fala (64,14). Além disso, o domínio fala (13,79%) obteve o pior resultado da melhor resposta possível do escore (100), seguido da aparência (25,86%) e deglutição (27,59%), como observado na tabela abaixo.

**Tabela 7.** Distribuição dos 12 domínios à esquerda e, acima, os escores. Os números da tabela indicam a quantidade de homens que resultou naquele escore do (UW-QOL), versão 4.0. HCI-INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016.

N total = 58								Média	% da melhor resposta (score 100)
	0	25	30	50	70	75	100		
<b>Dor</b>	2	2		12		14	28	77,59	48,28
<b>Aparência</b>	1	1		16		25	15	72,41	25,86
<b>Atividade</b>	0	0		13		28	17	76,72	29,31
<b>Recreação</b>	0	3		10		21	24	78,45	41,38
<b>Deglutição</b>	1		14		27		16	67,41	27,59
<b>Mastigação</b>	16			23			19	52,59	32,76
<b>Fala</b>	6		4		40		8	64,14	13,79
<b>Ombro</b>	3		17		11		27	68,62	46,55
<b>Paladar</b>	3		12		14		29	73,10	50,00
<b>Saliva</b>	3		18		13		24	66,38	41,38
<b>Humor</b>	1	11		5		15	26	73,28	44,83
<b>Ansiedade</b>	8		4		22		24	70,00	41,38

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na Tabela 7 demonstram-se os domínios mais comprometidos, que foram os domínios mastigação, fala aparência e deglutição. Em pesquisa com pacientes com neoplasia do trato aerodigestivo superior, esses domínios foram afetados como as alterações estéticas e funcionais da fala; deglutição e mastigação foram diretamente acometidas com o tratamento cirúrgico, alterando a qualidade de vida (ALHO, 2007).

O estudo de Sawada (2002) demonstrou que a mensuração de qualidade de vida do paciente oncológico é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento cirúrgico. Ajuda na avaliação do estado de saúde, nas alterações funcionais e estéticas, que são aspectos que influenciam na qualidade de vida dos sobreviventes do câncer.

Neste estudo, os domínios mastigação e fala alteraram a qualidade de vida. A mastigação é essencial no ato de triturar o alimento preparando-o para a deglutição, e diminui-

se a capacidade mastigatória com a ausência da arcada dentária superior e inferior que foi extraída previamente à cirurgia da cavidade oral, causando alteração no processo de mastigação.

Um estudo indica que, no tratamento cirúrgico, as alterações funcionais na fala, na deglutição e na mastigação foram percebidas pelos pacientes nas funções do sistema respiratório superior, como a aparência, que foi decisiva na qualidade de vida (SO, 2012).

A identificação dos fatores que influenciaram a qualidade de vida do homem no período do tratamento cirúrgico torna-se importante para o planejamento do cuidado e para medidas de ações efetivas na recuperação e reabilitação do paciente.

A seguir é apresentado em quadros cada domínio analisado.

### **Domínio mastigação**

O Quadro 6 apresenta o domínio mastigação, em que a média foi (52,59) e (32,76%) da melhor resposta possível do escore (100). Evidenciou-se que o processo de mastigação apresentou alteração na qualidade de vida em relação à alimentação, pois 19/58 somente podiam mastigar tão bem como sempre e o restante não podiam mastigar algum tipo de alimento, e nem mesmo alimentos leves.

**Quadro 6** - Distribuição da média do domínio mastigação e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI-INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

<b>Domínio mastigação</b>				
<b>Escore</b>	<b>Respostas</b>	<b>N°</b>	<b>Média</b>	<b>% da melhor resposta de (100)</b>
100	Eu posso mastigar tão bem como sempre	19	52,59	32.76
50	Eu posso comer alimentos sólidos leves, mas não consigo mastigar algumas comidas.	23	-	-
00	Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves.	16	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016

O processo de mastigação é um ato fisiológico e complexo, que acontece na boca, que envolve atividades neuromusculares e digestivas com os dentes que estão construídos para a mastigação. Os dentes anteriores incisivos proporcionam forte ação de corte, enquanto os dentes posteriores molares exercem ação trituradora. Todos os músculos da mandíbula, ao



trabalharem juntos, podem aproximar os dentes com uma força de até 25 kg nos incisivos e 90 kg nos molares (GUYTON, 2012)

No homem, a ausência parcial ou total dos dentes está relacionada ao tratamento cirúrgico na região da boca, alterando o processo fisiológico da mastigação e o tipo de alimentação relacionada à consistência, o que interfere na qualidade de vida. Dentes saudáveis ou uma dentadura com boa adaptação são importantes para a mastigação e necessários para triturar os alimentos e facilitar a fase de digestão.

O estudo de Oliveira (2008) identificou que houve mudança na eficiência mastigatória, que passou a ser ineficiente em todos os pacientes de cirurgia curativa por câncer de língua. Os pacientes apresentavam dificuldade em manipular o bolo alimentar durante o processo de mastigação, gerando dificuldade na formação de um bolo coeso, concluindo que a cirurgia na parte da língua comprometeu o processo de mastigação.

Dessa forma, os homens que apresentam comprometimento no processo de mastigação não conseguem cortar e triturar os alimentos de maneira adequada e acabam optando pela mudança da consistência sólida por alimentos de consistência líquida, com avaliação e seguimento da nutricionista. Constatou-se que entre os doze domínios avaliados, o domínio mastigação apresentou alteração na função mastigatória interferindo na consistência da alimentação e na qualidade de vida.

### **Domínio fala**

O Quadro 7 apresenta a média do domínio fala que foi (64,14) e (13,79%) da melhor resposta possível do escore (100). Verificou-se que a fala teve interferência na qualidade de vida. Somente 08/58 tinham a mesma fala de sempre, e o restante apresentava dificuldade em pronunciar palavras, como tinham dificuldade em dizer algumas palavras, mas eram entendidos ao telefone; não eram entendidos pelas outras pessoas, e somente a família e amigos podiam entendê-los.

**Quadro 7** - Distribuição da média do domínio fala e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI –INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio fala				
Escores	Respostas	N°	Média	% da melhor resposta de (100)
100	Minha fala é a mesma de sempre	08	64,14	13.79
67	Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras, mas posso ser entendido mesmo ao telefone	40	-	-
33	Somente minha família e amigos podem me entender	04	-	-
00	Eu não sou entendido pelos outros	06	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016

O termo fala é a expressão por meios de palavras como: dizer; ordenar; comentar, linguajar, dialeto (HOUAISS, 2003). Por outro lado, comunicação verbal prejudicada é a habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber processar, transmitir e usar um sistema de símbolos, causada por barreira física como a cânula de traqueostomia e alterações na anatomia da boca em consequência das cirurgias na cavidade bucal, como na língua (NANDA, 2015).

As cirurgias na região da boca, como na língua e no palato duro, provocam alterações na capacidade de articular uma fala compreensível, como também a remoção parcial das cordas vocais no câncer de laringe resulta na diminuição do componente vibratório da fonação, causando disfonia que afeta as estruturas das vias aéreas superiores, causando efeito na qualidade de vida (GUYTON, 2012)

O fator para redução dos escores no domínio fala com interferência na qualidade de vida tem relação com a neoplasia da boca, que inclui a glossectomia parcial, remoção da metade da língua, apresentando alterações funcionais, como incontinência salivar, redução do paladar, redução da motilidade da língua, que leva a dificuldade na produção da fala. A cirurgia do palato duro/ mole, cujo termo técnico é maxilectomia parcial, acarreta deficiência na funcionalidade e na articulação da fala (VIEIRA, 2009).

Aguiar (2013) identificou que comunicações bucossinusais são frequentes e precisam ser corrigidas para evitar que haja refluxo nasal e a voz possa ser emitida sem interferências.

Como a nasalidade devolve ao paciente a função mastigatória e fonética, pode- auxiliar no processo de reabilitação na dimensão emocional.

Em seu estudo, Carvalho (2009) aponta que a reabilitação protética com utilização de um obturador palatino consiste em uma prótese parcial removível que substitui a área removida do câncer na cavidade oral, região do palato, tendo como função obliterar a comunicação bucossinusal, possibilitando que as funções orais prejudicadas pelo procedimento cirúrgico sejam restabelecidas, além de dar suporte à face, permitindo que o contorno volte à normalidade.

Dessa forma, o uso de obturador palatino torna-se possível para proporcionar uma reabilitação imediata das funções orais e na alteração na articulação da fala. Os obturadores palatinos são de fácil remoção, além de auxiliar na recuperação nos aspectos funcionais, estéticos e emocionais do paciente.

Por fim, o cuidado deve ser focado nos aspectos psicobiológicos e psicossociais de sobrevivência com estratégias resolutivas, viabilizando uma prótese obturadora no pré-operatório para cobrir o defeito cirúrgico do palato duro e reduzir a hipernasalidade e escape de alimentos para a cavidade nasal, enfatizando-se a reabilitação fonatória e a fisioterapia facial para proporcionar qualidade de vida ao paciente.

### **Domínio aparência**

O Quadro 8 apresenta a média do domínio aparência, que foi (72,41), seguido de (25,86%) da melhor resposta possível do escore (100) . Apesar de os 15/58 homens considerarem que não houve mudança na aparência, os outros participantes da pesquisa consideraram que a mudança na aparência era mínima, incomodava; outros sentiam-se desfigurados e não podiam estar com outras pessoas devido à aparência.

Isso se justifica pelo procedimento cirúrgico de esvaziamento cervical radical, que se caracteriza pela remoção de todo o tecido linfático do pescoço, além de estruturas das cadeias linfáticas cervicais, como músculo esternocleidomastoide, veia jugular interna e nervo acessório XII (JAGER, 2013). Apresenta distúrbio no autoconceito relacionado à mudança na aparência, na estrutura e no funcionamento do corpo, com mobilidade física prejudicada, como a movimentação do ombro e da cabeça.

**Quadro 8** - Distribuição da média do domínio aparência e % da melhor resposta possível do escore (100), (UW-QOL), versão 4.0 HCI –INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio aparência				
Escores	Respostas	N°	Média	% melhor resposta do (100)
100	Não há mudança na minha aparência	15	72,41	25,86
75	A mudança na minha aparência é mínima	25	-	-
50	Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo.	16	-	-
25	Eu me sinto desfigurado e limito minhas atividades devido a aparência	01	-	-
00	Eu não posso estar com outras pessoas devido aparência	01	-	-

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A aparência é caracterizada pelo aspecto que se julga das pessoas e das coisas (FERRREIRA, 2010). Por outro lado, entende-se por aparência alterada a confusão da imagem mental do eu físico relacionado ao tratamento cirúrgico (NANDA, 2015). A insatisfação com a imagem corporal influencia o poder, *estatus* e atração designados ao corpo, e as masculinidades, que estão relacionadas ao poder de atração exercido sobre o gênero oposto, nas interações sociais.

Um estudo sobre qualidade de vida e autoimagem evidenciou que os pacientes com câncer na região da face precisavam de cuidado clínico na dimensão psicossocial, pois a desfiguração em uma parte tão visível e importante do corpo humano foi fator agravante para mudanças na autoimagem, interferindo na qualidade de vida (SILVA, 2012). O cuidado relacionado às necessidades psicossociais deve ser direcionado à autoestima para melhorar a qualidade de vida, como estar junto do paciente nas fases pré, trans e pós-tratamento cirúrgico.

Mostardeiro (2014) pesquisou o cuidado de enfermagem ambulatorial a pacientes com alteração da imagem facial, evidenciou que cuidar de pacientes com imagem facial alterada foi difícil em face da gama de sentimentos envolvidos, pois, considera-se que reconstruir a autoimagem demanda esforço físico, mental, espiritual além de tempo para adaptações às mudanças.

O esvaziamento cervical radical é um fator preocupante na formação de linfedema de face, que pode ocasionar prejuízos: na fala, na deglutição, comprometer a cicatrização cirúrgica, diminuir a movimentação da região cervical, afetar a aparência e a qualidade de

vida. O cuidado com a fisioterapia descongestiva caracteriza-se como padrão ouro no tratamento do linfedema de face. Após realizada a drenagem linfática manual, coloca-se um enfaixamento compressivo na face e faz-se exercícios com a pele, essas são medidas que ajudam aliviar o incômodo na região da face, proporcionando bem-estar físico e emocional. (DENG, 2011;MAYALL, 2004;).

O linfedema caracteriza-se por acúmulo de proteínas e fluídos no interstício, com alterações físicas e psicológicas. Entre as técnicas fisioterapêuticas utilizadas para redução do linfedema está a terapia complexa descongestiva. O tratamento do linfedema é importante, pois, além de promover desobstrução da rede linfática, ele melhora questões emocionais e, ao contrário dos processos cirúrgicos, não apresenta efeitos adversos (PAZ,2016).

Permanecer junto ao paciente proporciona-lhe segurança e conforto. Promove-se a adaptação e a reabilitação ao paciente quanto à mudança na aparência, estimulando o cuidado de si, com um aperto de mão, um sorriso, no período inicial de visualização da alteração estética, que pode ocorrer no dia seguinte ou levar dias.

A avaliação de Enfermagem da qualidade de vida do paciente, identificando o impacto do tratamento cirúrgico em relação às questões de necessidades psicobiológicas e psicossociais é fundamental no planejamento do cuidado e na reabilitação funcional e estética na reorganização das atividades de vida diária. O domínio aparência teve influência na qualidade de vida do homem.

### **Domínio deglutição**

O Quadro 9 apresenta a média do domínio deglutição, que foi (67,41) e (27,59%) da melhor resposta possível do escore (100). O processo fisiológico de deglutição apresentou alterações interferindo na qualidade de vida. Somente 16/58 homens podiam engolir tão bem como sempre, e o restante apresentava alguma tipo de dificuldade para deglutir, não podiam deglutir alimentos de consistências sólidas; somente poderiam engolir comidas de consistência líquida e não poderiam engolir porque “descia errado” e “sufocava”.

**Quadro 9** - Distribuição da média do domínio deglutição e % da melhor repostada possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI –INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio deglutição				
Escores	Respostas	N°	Média	% da melhor repostada de (100)
100	Eu posso engolir tão bem como sempre	16	67,41	27.59
67	Eu não posso engolir algumas comidas solidas	27	-	-
33	Eu posso engolir somente comidas liquidas	14	-	-
00	Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca	01	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O termo fisiologia da deglutição consiste em uma sequência reflexa de contrações musculares que empurra o alimento desde a cavidade bucal até o estômago,. Por meio da deglutição, o bolo alimentar que estava na boca chega ao estômago, passando pela faringe e esôfago. Na entrada da laringe há uma válvula de cartilagem, chamada epiglote, cuja função é controlar a passagem do bolo alimentar para o esôfago e evitar que o alimento entre no sistema respiratório, pois, durante a passagem do bolo alimentar, a epiglote se abaixa, fechando a entrada da laringe (GUYTON, 2012).

Quando respiramos, a epiglote permite que o ar entre na traqueia. Se o alimento entra na laringe, ocorre a broncoaspiração. Dessa forma, deglutição prejudicada é o funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura e na função oral, faríngea. Está relacionada à laringectomia parcial e à faringectomia parcial (NANDA, 2015).

Para o domínio deglutição verificou-se que houve interferência na qualidade de vida do homem. A cirurgia de laringectomia parcial traz implicações funcionais na fisiologia da laringe e faringe, como as aspirações traqueobrônquicas e dificuldades na fase oral e faríngea, com atraso no reflexo de deglutição e redução do peristaltismo faríngeo com estase de alimentos na faringe e aspirações.

Dados semelhantes foram descritos em um estudo prospectivo longitudinal que avaliou a qualidade de vida de paciente portador de câncer de cabeça e pescoço tratado na Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, São Paulo, utilizando o mesmo Questionário UW-QOL. Esse estudo identificou que o domínio deglutição obteve a menor média do escore após o término de tratamento oncológico (DAHER,2013).

**Quadro 10** - Distribuição da média do domínio dor e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0. HCI-INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

<b>Domínio dor</b>				
<b>Escores</b>	<b>Respostas</b>	<b>N°</b>	<b>Média</b>	<b>% melhor resposta escore (100)</b>
100	Eu não tenho dor	28	77,59	48,28
75	Há dor leve, não necessitando de medicação.	14	-	-
50	Eu tenho dor moderada requerendo uso de medicação Regularmente	12	-	-
25	Eu tenho dor severa controlada somente com medicação	02	-	-
00	Eu tenho dor severa, não controlada por medicação.	02	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa

### **Domínio dor**

O Quadro 10 apresenta a média do domínio dor que foi (77,59) com (48,28%) da melhor resposta possível do escore (100). Apesar de 28/58 homens não apresentarem dor, os outros restantes sentiam dor de intensidade leve a severa, necessitando de medicação controlada, pois a dor está relacionada ao tratamento cirúrgico, como, por exemplo, o esvaziamento cervical radical.

A dor é uma complicação esperada, podendo ser aguda na cirurgia ou crônica pela inabilidade do ombro devida à secção do nervo acessório após o esvaziamento cervical.

Estudo de avaliação da função do ombro, a dor e a qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos a esvaziamento cervical, evidenciou que a função do ombro foi afetado como os movimentos de flexão e abdução, as forças de trapézio médio, trapézio inferior e rombóides foram os principais fatores relacionados à dor; assim como a flexão, extensão, rotação interna e rotação externa, forças de trapézio médio, foram os fatores relacionados a qualidade de vida (MOZZINE,2009).

O significado de dor crônica é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano do tecido real, com início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com duração de mais de seis meses (NANDA, 2015).

A dor é categorizada de acordo com a duração, localização e etiologia. A dor oncológica caracteriza-se por aguda e crônica. A dor aguda tem curta duração, ocorre menos de seis meses, a causa é conhecida, e a intensidade varia de fraca a severa. A dor crônica tem duração

prolongada por mais de seis meses, a causa pode ser ou não conhecida, e não responde ao tratamento medicamentoso (BRUNNER, 2015)

O estudo de Filho (2013) sobre qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço identificou que 81% relataram sentirem dor antes da terapia oncológica, 70%, durante, e 36%, no final, em seis meses ou mais após o tratamento, por consequência do tratamento, associada à malignidade, ao sofrimento físico e psicológico, o que foi observado também nos homens desta pesquisa.

A dor é considerada o quinto sinal vital, o paciente com queixa de dor merece monitoramento como cuidado. Acreditar na queixa é a forma mais segura e eficaz no cuidado clínico de enfermagem. É comum a presença da dor nas neoplasias de boca e laringe, podendo aumentar no tratamento cirúrgico. Chamar a dor de quinto sinal vital sugere que a avaliação da dor deve ser inserida na prática cotidiana do cuidado quanto à obtenção da pressão arterial e frequência cardíaca (SOCIEDADE BRASILEIRA ESTUDO DA DOR).

Os instrumentos unidimensionais são utilizados em Unidade de Saúde para obter informações rápidas sobre a dor e a analgesia. Entre as escalas unidimensionais utilizadas, destacam-se a Escala Visual Numérica e a Escala Visual Analógica. O ideal é que o paciente e a equipe de saúde possam trabalhar estabelecendo um objetivo aceitável, num valor de até três, numa escala de um a dez, com o intuito de manter a dor abaixo e até este nível, os instrumentos unidimensionais são de fácil aplicação (MARTINEZ,2011)

A Escala Visual Analógica (EVA) é pontuada de 0 a 10 e é um meio de caracterizar a intensidade da dor. É apresentada da seguinte forma: sem dor, pouca dor, dor moderada, dor forte e dor muito forte.

1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10
Sem dor	Pouca dor	Moderada	Forte	Muito forte

Fonte: OMS, 1986

**Figura 9** - Apresentação da escala visual analógica da dor

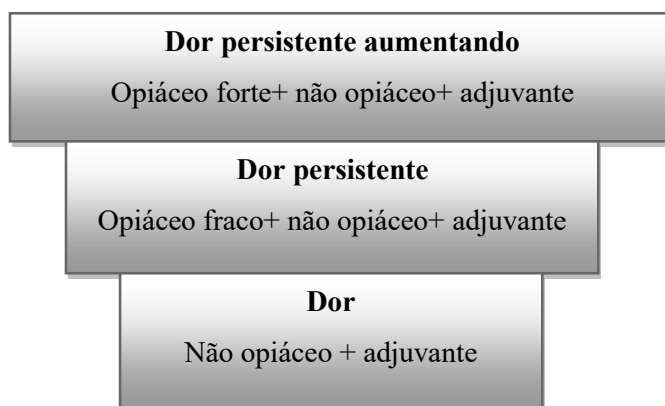
O cuidado clínico na avaliação da dor segundo a escala numérica é o seguinte: (5-6) dor moderada, (7-8) dor forte e (9-10) dor muito forte. Avaliar a dor deve ser um cuidado contínuo que não deve ser influenciado por horários rotineiros pré-determinados.

Os cuidados contínuos na área hospitalar ocorrem na parte da manhã, o que é condizente com a cultura hospitalar, apesar de todo esforço para prescrever e programar um tratamento de enfermagem que respeite a individualidade do paciente, que se caracteriza pela manutenção e sequência de cuidados diários com: higiene corporal (COELHO, 2006).



Cuidado contínuo possui significado de prevenção, conforto, segurança e manutenção da vida, que são necessários no equilíbrio do mecanismo orgânico do paciente.

O tratamento farmacológico da dor deve ser individualizado e respeitar os valores culturais e sociais de masculinidades, que determinam que o homem não sente dor, e a escolha da medicação analgésica pode seguir o modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde, (1986).



**Figura 10** - Apresentação da escala analgésica proposta pela OMS

A escolha da via de administração deve ser a menos invasiva, começando pela via oral, e deve-se controlar os efeitos adversos; instituir medidas de conforto, como massagem relaxante na região cervical, local do procedimento cirúrgico onde foi ressecado o nervo espinhal acessório, provocando dor; e informar ao paciente medidas alternativas no controle da dor, como acupuntura, musicoterapia, relaxamento e meditação.

A medicação analgésica deve ser administrada nos horários programados, mesmo que o paciente não se queixe de dor. A tendência da dor é aumentar, com dor crônica não se deve tomar a medicação somente quando necessário, mas deve-se ter um esquema analgésico planejado e individualizado para cada estágio da dor.

Algumas medicações analgésicas, principalmente os opioides, como, por exemplo, a morfina, podem trazer efeitos adversos, como dificuldade para urinar; xerostomia; prurido; náuseas, vômitos; hipotensão postural; e constipação intestinal, a mais frequente. Esses efeitos devem ser esclarecidos ao paciente de forma clara e concisa antes da administração do medicamento.

Oliveira (2014) realizou uma revisão integrativa e evidenciou que a medição da dor na prática clínica de enfermagem é frequente, com a utilização de instrumentos uni e multidimensionais, o que proporciona intervenções analgésicas eficazes e satisfação do

paciente e a atuação dos enfermeiros leva-os a buscar estratégias para avaliar a dor em condições clínicas específicas, na busca pelo instrumento mais aplicável a cada caso.

As implicações para a Enfermagem caracterizam-se em aliviar a intensidade da dor; avaliar e registrar as características, como localização, qualidade, frequência e duração; reavaliar o paciente com queixa de dor após a administração de medicamentos analgésicos; ensinar e estimular estratégias adicionais para aliviar a dor como distração com leituras e relaxamento; informar sobre alimentação rica em fibras para prevenção da constipação intestinal e ingestão hídrica; fornecer um impresso para anotar os dias que o intestino funcionou; encaminhar ao ambulatório da nutricionista para seguimento nutricional; acompanhar no ambulatório de enfermagem e do médico especialista no tratamento da dor, se for o caso. O domínio dor teve pouca interferência na qualidade de vida do homem.

### Domínio atividades laborais

O Quadro 11 demonstra a média do domínio atividade, que foi (76,72) e (29,41%) da melhor resposta possível do escore (100). Verificou-se que 17/58 homens continuaram ativos, enquanto o restante não conseguiu manter o ritmo das atividades; estavam sempre cansados e diminuíram as atividades diárias, mas ainda saíam de casa. Atividade é uma ação com capacidade para agir, se movimentar e realizar atividades diárias, por exemplo, trabalhar, vestir, comer, banhar-se, entre outras (HOUAISS, 2003).

**Quadro 11** - Distribuição da média do domínio atividade e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI –INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio atividade				
Escores	Respostas	N°	Média	% da melhor resposta (100)
100	Eu estou tão ativo quanto sempre estive	17	76,72	29,41
75	Existem momentos em que não consigo manter o ritmo antigo, mas nem sempre.	28	-	-
50	Eu estou sempre cansado e tenho diminuído as atividades, embora ainda saia de casa.	13	-	-
25	Eu não saio de casa porque não tenho forças	0	-	-
00	Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa	0	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O domínio atividade está relacionado ao comprometimento na capacidade funcional do homem com interferência para realizar as atividades cotidianas, como ir ao supermercado fazer compras, ligando o homem como provedor da casa e às masculinidades impostas pela sociedade contemporânea.

### **Domínio recreação**

O Quadro 12 apresenta a média do domínio recreação, que foi (78,45) e (41,38%) da melhor resposta possível do escore (100).

Identificou-se que 24/58 homens não apresentavam limitações para atividades de recreação em casa ou fora dela, e o restante apresentou alguma limitação, como: havia pouca coisa que não podia fazer, no entanto saíam de casa para o lazer; algumas vezes gostariam de sair, mas não estavam bem e havia limitações severas para sair de casa, então ficavam assistindo televisão. No entanto, o domínio recreação não interferiu na qualidade de vida.

**Quadro 12** – Distribuição da média do domínio recreação e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI –INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

<b>Domínio recreação</b>				
<b>Escore</b>	<b>Respostas</b>	<b>N°</b>	<b>Média</b>	<b>% melhor resposta do escore (100)</b>
100	Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa	24	78,45	41,38
75	Há poucas coisas que não posso fazer, mas ainda saio de casa para me divertir.	21	-	-
50	Há muitas vezes que gostaria de fazer fora de casa, mas não estou bem para isso.	10	-	-
25	Há limitação severa para o que posso fazer, geralmente fico em casa e assisto televisão.	03	-	-
00	Eu não posso fazer nada agradável	0	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de qualidade de vida traqueostomizado, com média de (77,4) UW-QOL (GOMES, 2010). O termo recreação é o momento em que a pessoa satisfaz suas vontades e anseios relacionados ao prazer de forma espontânea; recreação não é necessariamente uma atividade, mas pode ser uma circunstância ou atitude que se refere a um campo específico da experiência humana, incluindo liberdade de escolha, criatividade, satisfação, diversão, aumento de prazer e felicidade. (SILVA, 2006)

O conceito de recreação, em uma perspectiva de melhoria de qualidade de vida, está voltado para o desenvolvimento do sujeito como pessoa e membro de uma coletividade que,

por meio das relações lúdicas, insiste na longa jornada rumo ao prazer. A melhoria na qualidade de vida resulta da interação entre as pessoas e o meio, vivendo em uma sociedade em transformação (DANTAS,2014). Atividade de recreação deficiente é a estimulação ou interesse diminuído em ações recreativas e de lazer (NANDA, 2015).

Constata-se que o domínio recreação obteve uma média de 78,45%, não havendo limitações para os homens saírem de casa para se divertirem.

### **Domínio ombro**

O Quadro 13 demonstra que a média do domínio ombro foi (68,62) e (46,55%) da melhor resposta possível do escore (100). Constatou-se que 27/58 homens não tinham problema no ombro, mas os outros apresentaram alguma imobilidade no ombro causada pelo tratamento cirúrgico, como: o ombro estava endurecido, mas não afetava a atividade e força muscular; dor e fraqueza fizeram mudar de trabalho, não podiam trabalhar devido problema no ombro após o procedimento cirúrgico de esvaziamento cervical. Dessa forma, o movimento do ombro apresentou interferência na qualidade de vida, como mudança nas atividades de trabalho e na vida cotidiana.

**Quadro 13** - Distribuição da média do domínio ombro e % da melhor resposta possível do escore (100), do (UW-QOL), versão4.0 HCI –INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

<b>Domínio ombro</b>				
<b>Escore</b>	<b>Respostas</b>	<b>N°</b>	<b>Média</b>	<b>% da melhor resposta de (100)</b>
100	Eu não tenho problemas com meu ombro	27	68,62	46.55
67	Meu ombro é endurecido, mas isso não afeta minha atividade ou força	11	-	-
33	Dor ou fraqueza em meu ombro me fez mudar meu trabalho	17	-	-
00	Eu não posso trabalhar devido problema com meu ombro	03	-	-

**Fonte:** dados da pesquisa, 2016.

O ombro é a região do corpo que permite articular o tronco com o membro superior, é composto de três ossos, clavícula, omoplata e úmero, de tendões, músculos e ligamentos, compreendendo várias articulações, acromioclavicular, escapuloumeral, que o tornam móvel. Os músculos que fazem mover o braço são: o peitoral maior, adutor do braço; o trapézio, que eleva a escápula; o deltóide, realiza elevação e abdução do braço; e o grande dorsal, auxilia na inferiorização do braço e rotação externa (LIPPERT, 1996)

Para Nanda (2015), a mobilidade física prejudicada do ombro é a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo, com amplitude limitada de movimento por desconforto, dor, intolerância a atividades laboriais e fraqueza, que pode provocar a ptose do ombro, caracterizada por uma curvatura deste para frente relacionada ao procedimento cirúrgico no pescoço.

Nesta pesquisa, o domínio ombro apresentou limitações funcionais em decorrência do procedimento cirúrgico de esvaziamento cervical, causando alteração na qualidade de vida. Precisa de atenção integral para a recuperação da saúde, como manter a mobilidade física, pois as limitações funcionais devem ser evitadas com um programa de exercícios consciente para promover a função do ombro e o movimento do pescoço depois da cirurgia. A enfermagem e a fisioterapeuta ajudam o paciente na realização dos exercícios de forma consciente, que são iniciados depois que os drenos na região cervical são removidos e a incisão cirúrgica está cicatrizada. A finalidade dos exercícios é promover a função do ombro e o movimento do pescoço o máximo depois da cirurgia (BRUNNER, 2015).

### **Domínio paladar**

No Quadro 14 é apresentada a média do domínio paladar, que foi (73,35) e (50,%) da melhor resposta possível do escore (100). Evidenciou-se que não houve interferência na qualidade de vida do homem; 29/58 sentiam o sabor da comida normalmente, mas os restantes apresentavam alguma alteração no paladar, como: sentiam o sabor da maioria das comidas; podiam sentir o sabor de algumas comidas e não sentiam o sabor de nenhuma comida.

**Quadro 14** - Distribuição da média do domínio paladar e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio paladar				
Escore	Respostas	N°	Média	% da melhor resposta (100)
100	Eu sinto sabor da comida normalmente	29	73,35	50,00
67	Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente	14	-	-
33	Eu posso sentir o sabor de algumas comidas	12	-	-
00	Eu não sinto o sabor de nenhuma comida	03	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

O termo paladar é um dos cinco sentidos que, através da língua e do nervo gustativo, torna possível perceber os sabores da alimentação. A capacidade de reconhecer os gostos de substâncias colocadas sobre a língua deve-se à função das papilas gustativas, que reconhecem substâncias do gosto e enviam a informação ao cérebro. Os padrões de sinais gerados e transmitidos até o cérebro a partir da liberação dos neurotransmissores permitem a identificação do tipo de gosto. O palato duro também é sensível aos gostos, existem vários sabores bem aceitos: o amargo, o azedo, o salgado e o doce (GUYTON, 2002).

As alterações do paladar provocaram mudanças no gosto dos alimentos após o tratamento cirúrgico, principalmente nas neoplasias de boca com lesões no nervo lingual. Alguns alimentos tem sabor diferente, podem não ter muito gosto ou simplesmente tudo pode ter o mesmo gosto. Comidas amargas, doces, salgadas podem ter sabor diferente e algumas pessoas podem sentir um gosto metálico, químico na boca, especialmente após comer carne ou outros alimentos com grandes quantidades de proteína.

O paladar para doce e salgado localiza-se principalmente na ponta da língua, o paladar para o ácido, nas laterais da língua, e o paladar para o amargo, na parte posterior da língua e no palato mole. As alterações no paladar podem levar à aversão alimentar, perda de apetite e perda ponderal (FERRAZ, 2013).

As implicações para os cuidados clínicos de enfermagem na literatura pesquisada indicam que não existem tratamentos específicos para alterações do paladar; o tratamento dentário pode ajudar a melhorar as mudanças causadas por infecções na boca, boca seca, ou problemas de gengiva. Dependendo da causa da alteração do paladar, algumas dicas podem funcionar melhor com alguns pacientes do que com outros, como: escolher alimentos que tenham bom cheiro e sabor; alimentos frios ou congelados podem ser mais saborosos que

alimentos quentes; utilizar utensílios de vidro para diminuir o gosto metálico; saborear alimentos com ervas, especiarias, açúcar, limão e molhos; fazer bochechos com bicarbonato de sódio antes das refeições para ajudar a neutralizar o gosto ruim na boca; manter a boca limpa e saudável com frequência; suplementos de sulfato de zinco ajuda a melhorar o paladar.

O domínio paladar foi alterado pela cirurgia, mas não influenciou na qualidade de vida do homem, pois 50% da melhor resposta possível do escore (100) correspondem ao resultado da alteração gustativa.

### Domínio saliva

O Quadro 15 apresenta a média do domínio saliva, que foi (66,38) e (41,38%) da melhor resposta possível do escore (100). Verificou-se que 24/58 homens tinham a saliva de consistência normal, mas os outros apresentavam alguma alteração na consistência da saliva, como: tinham menos saliva que a normal, mas o suficiente; tinham pouca saliva e não tinham saliva. Dessa forma, o domínio saliva apresentou alteração na qualidade de vida.

O termo saliva é um fluido aquoso, transparente, que é secretado pelas glândulas salivares diretamente da cavidade bucal. Constituído por enzimas, minerais e aminoácidos, é um dos mais importantes fluidos do corpo, que supre um largo espectro de necessidades fisiológicas do ser humano. Suas propriedades são essenciais para a proteção da boca, do epitélio gastrointestinal e da orofaringe. Além de umedecer os tecidos moles e duros, tem função de destaque no controle da quantidade de água do organismo (GUYTON, 2002)

**Quadro 15** – Distribuição da média por domínio saliva e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio saliva				
Escores	Respostas	N°	Média	% melhor resposta (100)
100	Minha saliva é de consistência normal	24	66,38	41,38
67	Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente	13	-	-
33	Eu tenho muito pouca saliva	18	-	-
00	Eu não tenho saliva	03	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A consistência normal da saliva caracteriza-se pela secreção diária que varia normalmente entre 800 a 1.500 ml. As principais glândulas salivares são as parótidas, as submandibulares e as sublinguais. Quando o corpo está com falta de água, a boca fica seca, manifestando sede. Em condições ideais de saúde, o ser humano produz de 1 a 2 litros de saliva por dia. A diminuição da acidez bucal previne a cárie dentária; participa do processo de digestão; protege o trato respiratório e digestivo contra vírus e bactérias (BRUNNER, 2015).

Falcão (2013) realizou um estudo sobre sialometria com aspectos de interesse clínico e concluiu que a hipossalivação pode ocasionar danos de ordem física, funcional e social, ocasionando impacto na qualidade de vida do paciente.

O termo técnico xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca, uma alteração na quantidade e na qualidade da saliva uma complicação frequente no tratamento do câncer em paciente submetido à cirurgia da cavidade oral, que não pode fechar a boca e apresenta respiração bucal, principalmente quando as glândulas salivares forem expostas a cirurgia (BROCHADO,2014).

A presença da xerostomia impede a mastigação adequada dos alimentos fazendo com que o paciente mude a consistência dos alimentos de sólido para líquidos, tornando necessário seguimento ambulatorial com a enfermeira e a nutricionista.

Como cuidado clínico de enfermagem, aconselha-se evitar alimentos secos, como pão, biscoito; evitar o uso de bebidas alcoólicas e tabaco; aumentar a ingestão de líquidos; usar umidificador durante o sono; e empregar saliva sintética artificial, caso deseje. Saliva artificial é um produto que ajuda a aliviar os sintomas da secura bucal; de ação lubrificante é composta por todos os sais minerais presentes na saliva humana. Pode ser borrifada na boca várias vezes ao dia, principalmente à noite, antes de dormir, proporcionando um alívio instantâneo dos sintomas da xerostomia. O domínio saliva alterou a qualidade de vida do homem; 58/34 homens apresentaram alguma alteração na consistência das glândulas salivares.

### **Domínio humor**

No Quadro 16 apresenta-se a média do domínio humor, que foi (73,28) e (44,83%) da melhor resposta possível do escore (100). Constatou-se que o humor não influenciou na qualidade de vida, visto que 26/58 homens informaram que o humor era excelente e não tinha sido afetado pelo câncer; outros consideraram que o sentimento de humor era geralmente bom e ocasionalmente foi afetado pelo câncer; outros não estavam nem com bom humor nem depressivos e outros estavam completamente depressivos por causa do câncer.



**Quadro 16** – Distribuição da média do domínio humor e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio humor				
Escores	Respostas	N°	Média	%da melhor resposta (100)
100	Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do câncer	26	73,28	44,83
75	Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do câncer ocasionalmente	15	-	-
50	Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do câncer	05	-	-
25	Eu estou um pouco deprimido por causa do câncer	11	-	-
00	Eu estou extremamente deprimido por causa do câncer	01	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Humor é o estado de espírito de uma pessoa com um determinado estado de ânimo, cuja intensidade representa o grau de disposição e de bem-estar psicológico e emocional da pessoa por expressões de alegria e tristeza (HOUAISS, 2003).

Para Anjos (2009), torna-se difícil uma definição exata do que seria o sentimento de humor, porque depende do contexto; o que para uma pessoa é humor, para outra é ofensa, o humor é variável e subjetivo, não segue padrões universais e pode depender de informações prévias para que seja compreendido.

Nesta pesquisa, o domínio humor apresentou correlação nas questões psicossociais afetadas com influências de pensamentos negativos e positivos, como humor excelente que não foi afetado pelo câncer e a depressão. Isso se caracteriza como um problema simbólico da pessoa que vivencia a transição saúde-doença-cuidado relacionada com o desgaste do tratamento oncológico, causando uma carga emocional que compromete a qualidade de vida.

No estudo de Filho (2013) sobre qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, identificou que houve altas médias para função física, cognitiva, social; melhora no estado de saúde geral e declínio da função social ao longo do tratamento e diferença significativa para gosto e cheiro, deglutição, tosse, e perda de peso.

Observa-se no Quadro 16 que 11/58 homens estavam deprimidos por causa do câncer e tiveram alteração na qualidade de vida. Quando ocorre mudança nas atividades de

vida diária, como o diagnóstico e o tratamento de câncer do trato aerodigestivo superior, pode ocorrer um declínio na saúde emocional relacionada com o quadro de depressão.

Nesse contexto, as necessidades de cuidado clínico na dimensão psicossocial deve oportunizar uma escuta ativa com verbalização de sentimentos como medos e preocupações, para proporcionar resultados efetivos como o bem-estar; por isso, é importante solicitar avaliação e seguimento ambulatorial com a psicóloga, caso deseje.

### Domínio ansiedade

O Quadro 17 mostra a média do domínio ansiedade, que foi (70,00) e (41,38%) da melhor resposta possível do escore (100). Houve alteração na qualidade de vida, 24/58 homens não estavam ansiosos por causa do câncer, mas os restantes apresentavam alguma grau de ansiedade, como: estavam pouco ansiosos; estavam ansiosos; e estavam muito ansiosos.

Ansiedade é um estado em que a pessoa apresenta sentimentos de inquietude, apreensão. É atividade do sistema nervoso autônomo em resposta a uma ameaça vaga, inespecífica (NANDA, 2015).

**Quadro 17** –Distribuição da média do domínio ansiedade e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4.0 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Domínio ansiedade				
Escores	Respostas	N°	Média	% da melhor resposta
100	Eu não estou ansioso por causa do câncer	24	70,00	41,38
67	Eu estou um pouco ansioso por causa do câncer	22	-	-
33	Eu estou ansioso por causa do câncer	04	-	-
00	Eu estou muito ansioso por causa do câncer	08	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

O quadro de ansiedade pode variar de leve até o pânico. Existem graus de ansiedade, como: leve, moderada, grave e pânico. Ansiedade leve tem sido considerada como normal; a moderada, como ansiedade crônica; e a grave, como ansiedade aguda. A ansiedade leve é necessária para a pessoa funcionar e responder eficazmente ao ambiente e aos eventos externos (CARPENITO 2011).

Fazendo-se uma relação com os graus de ansiedade e com as respostas no domínio ansiedade, evidenciou-se que o paciente um pouco ansioso tem ansiedade leve; ansioso, moderada/crônica; e muito ansioso, grave/aguda.

O tratamento cirúrgico oncológico influenciou na qualidade de vida e agrediu a autonomia e a segurança do paciente, pois a capacidade de ser produtivo é um traço valorizado pela sociedade, como a vitalidade, a produtividade e ser provedor da família.

As implicações para a Enfermagem são as seguintes: promover a autoeficiência positiva, como estimular a participação do paciente em grupos de autoajuda; orientar caminhos de apoio mútuo e de autonomia; estimular estratégias de enfretamento, como buscar informações sobre dúvidas em relação ao tratamento e ao prognóstico de saúde; proporcionar oportunidade para tomar decisões sobre o cuidado sempre que possível; ouvir atentamente; transmitir empatia, focalizando para discutir sentimentos pessoais; comentários positivos, focando no aqui e agora; solicitar acompanhamento à psicóloga e/ou ao psiquiatra, caso deseje.

As estratégias de cuidado clínico enfatizam as maneiras de o paciente verbalizar os sentimentos e medos, identificando as causas da ansiedade, por exemplo, o câncer. Há a necessidade de ensinar e promover a capacidade de adaptação efetiva com técnicas de relaxamento. Os dados desta pesquisa revelaram que houve alterações funcionais e estéticas no homem em tratamento cirúrgico, apresentando interferência na qualidade de vida relacionada aos domínios mastigação, fala, aparência e deglutição.

A Tabela 8 apresenta os problemas mais importantes que influenciaram na qualidade de vida: o domínio fala (33/56%), deglutição (18/31%) e mastigação (17/29%) e, de menor importância, o domínio recreação (5/8%). Segundo o manual do UW-QOL da primeira edição (1993), mesmo quando o paciente responder mais de três domínios, todos devem ser contabilizados (LOWE,2012).

**Tabela 8** - Distribuição dos domínios mais importantes em relação à qualidade de vida dos homens (UW-QOL), versão 4.HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Problemas evidenciados pelos homens como os mais importantes para qualidade de vida nos últimos três meses.			
Domínios UW-QOL	N° Escolhas	% Escolhas	Ordem de importância
Fala	33	56.90	1°
Deglutição	18	31.03	2°
Mastigação	17	29.31	3°
Saliva	16	27.59	4°
Aparência	13	22.41	5°
Ombro	12	20.69	6°
Dor	11	18.97	7°
Atividade	9	15.52	8°
Paladar	8	13.79	9°=
Humor	8	13.79	9°=
Ansiedade	6	10.34	11°
Recreação	5	8.62	12°

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Os dados da Tabela 8 mostram os três primeiros domínios, fala, deglutição e mastigação, como problemas com ordem de importância que influenciaram na qualidade de vida do homem.

O domínio fala foi o primeiro em ordem de importância que ser considerada o meio de comunicação fundamental ao ser humano com o mundo exterior. Apresentar dificuldades na comunicação pode ser um transtorno na dimensão psicobiológica e psicossocial, com necessidade de cuidado, como estimular os exercícios de precisão articulatória com ajuda da fonoaudióloga.

Em pesquisa semelhante com pacientes acometidos por neoplasia da laringe e submetidos ao tratamento cirúrgico, evidenciou-se que os domínios mais importantes que afetaram a qualidade de vida foram a fala e a mastigação e o menos importante, o domínio ansiedade (GOMES, 2010). O segundo problema mais importante que alterou a qualidade de vida foi o domínio deglutição, relacionado com os procedimentos cirúrgicos da região da laringe, faringe e boca, com necessidade de reabilitação fonatória para recuperar o processo de deglutição sem escape de alimentos para a cavidade nasal. Isso pode ser estimulado com manobras compensatórias durante a deglutição, com mudança de posição da cabeça para trás

e o fechamento glótico forçado sob supervisão da enfermeira e da fonoaudióloga.

O domínio mastigação foi o terceiro problema mais importante que alterou a qualidade de vida, interligado com as cirurgias de boca. Destaca-se que os procedimentos cirúrgicos de laringe, faringe e boca comprometeram diretamente a qualidade de vida. Nas cirurgias na região da laringe, houve alterações na fisiologia nos domínios da fala e deglutição; nas cirurgias da faringe, houve problemas no domínio de deglutição e somente a cirurgia de boca afetou os três domínios deglutição, mastigação e fala, que foram considerados os problemas mais importantes que comprometeram a qualidade de vida dos homens em tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior.

Estudos demonstram que uma das principais alterações no tratamento cirúrgico relacionado ao processo de deglutição é na fala, com aumentos na frequência de deglutição e diminuição da inteligibilidade da fala (VIEIRA 2009e AMARAL 2015)

Devido ao impacto do tratamento cirúrgico, as necessidades de cuidado para a recuperação e a manutenção da saúde devem ser individualizadas, considerando o homem como sujeito do cuidado, influenciando na adaptação e enfrentamento ao novo estilo de vida.

Os dados dos Quadros 18, 19 e 20 mostram questões gerais do (UW-QOL) versão 4.0 sobre a qualidade de vida antes do diagnóstico do câncer, depois do tratamento cirúrgico e sobre qualidade de vida global nos últimos três meses.

O Quadro 18 demonstra que 27/58 homens consideraram que a qualidade de vida antes do diagnóstico de câncer de laringe, faringe e boca era muito melhor, porque o processo de mastigação era normal, podiam “comer churrasco”; realizavam atividades cotidianas como trabalhar; sair para barzinho aos finais de semana, beber com os amigos, entre outras atividades da vida diária. Isso se remete à questão das masculinidades, imposta pela sociedade contemporânea, de que o homem deve trabalhar, ser provedor da casa. A média da qualidade de vida antes do diagnóstico de câncer foi (74,57) e (87,93%) da melhor resposta possível do escore (100), que representa o somatório dos que responderam com os escores (50), (75) e (100) dividido pelo total de participantes (58).

**Quadro 18** - Distribuição da média da qualidade de vida antes do câncer e a % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão 4 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

<b>Questões gerais sobre qualidade de vida</b>			
1° Comparando com o mês antes ao desenvolvimento do câncer, como o senhor classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde antes do tratamento cirúrgico.			
<b>Escore</b>	<b>N °</b>	<b>Média</b>	<b>% melhor resposta de (100)</b>
100 Muito melhor	27	74,57	87,93
75 Um pouco melhor	10	-	-
50 Mais ou menos o mesmo	14	-	-
25 Um pouco pior	07	-	-
00 Muito pior	00	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Por outro lado, 07/58 homens consideraram a qualidade de vida antes do diagnóstico de câncer, um pouco pior, em consequência dos hábitos de vida não saudáveis como: uso crônico de cigarro, ingestão de bebida alcoólica; queixas de dor na boca e no dente; sensação de bolo na garganta, dificultando a deglutição, e a rouquidão persistente, causando interferência na fala, conhecidas pelos termos técnicos de disfagia e disfonia, respectivamente, características clínicas subjetivas objetivas para o diagnóstico do câncer da laringe. Nesse contexto, deve-se estimular a educação para a saúde, com estratégias de cuidado na cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, proporcionando hábitos de vida mais saudáveis.

Oliveira (2013) realizou um estudo sobre a integralidade do cuidado na saúde do homem com enfoque na qualidade de vida, constatou que os homens desconheciam o sentido amplo do conceito qualidade de vida, focando nos aspectos físicos e biológicos. Evidencia-se que há uma fragilidade na sensibilização dos homens na importância de medidas preventivas e na manutenção da saúde, levando à dificuldade de adaptação a hábitos de vida saudável.

Logo, a qualidade de vida dos homens antes do diagnóstico de câncer do trato aerodigestivo superior foi classificada como muito melhor, porque havia satisfação em poder comer, beber. É considerada um pouco pior pelo descuido com a saúde, quando se prioriza as atividades de trabalho.

**Quadro 19** - Distribuição da média de qualidade de vida depois da cirurgia e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão4. 0 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Questões gerais sobre qualidade de vida			
2° O que senhor poderia dizer sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde depois do tratamento cirúrgico.			
Escores	N° Escolhas	Média	% melhor resposta (100)
100 Excelente	04	55.52	56.90
80 Muito boa	06	-	-
60 Boa	23	-	-
40 Média	24	-	-
20 Ruim	00	-	-
00 Muito ruim	01	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

O Quadro 19 mostra que a média da qualidade de vida relacionada à saúde depois do tratamento cirúrgico foi de (55,52) e (56,9%) da melhor resposta possível do escore (100). Identificou-se 58/24 homens classificaram a qualidade de vida boa depois da cirurgia.

Segundo o manual da UW-QOL, (1993) esse calculo foi representado com o somatório dos escores (60) (80) e (100), dividido pelo número total de participantes (58).

**Quadro 20** – Distribuição da média de qualidade de vida global e % da melhor resposta possível do escore (100) do (UW-QOL), versão4. 0 HCI – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. N° = 58

Questões gerais sobre qualidade de vida			
3° Como o senhor poderia classificar sua qualidade de vida global depois do tratamento cirúrgico			
Escores	N° Escolhas	Média	% melhor resposta (100)
100 Excelente	02	56.55	63.79
80 Muito boa	07	-	-
60 Boa	28	-	-
40 Média	21	-	-
20 Ruim	00	-	-
00 Muito ruim	00	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Os dados do Quadro 20 mostram que a média da qualidade de vida global dos homens foi de (56,55) e (63,7%) da melhor resposta possível do escore (100). Segundo o manual da

UW-QOL, (1993) esse cálculo foi representado pelo somatório dos escores (60), (80) e (100), dividido pelo total de respondentes.

Os homens em tratamento cirúrgico oncológico classificaram a qualidade de vida global boa, incluindo não somente a saúde física e mental, mas outros fatores, como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal, que foram importantes para satisfação com a vida, mesmo apresentando alterações funcionais e estéticas caracterizadas pelos domínios de mastigação, fala, deglutição, entre outros.

Além disso, no final do questionário (UW-QOL), encontra-se um espaço onde o participante da pesquisa pode expressar outras situações que consideram importante para a qualidade de vida, que não foram abordadas na pesquisa, chamado de texto livre.

Nesse espaço, os itens mais lembrados foram: o sono e o repouso, o trabalho prejudicado, os recursos financeiros e a falta da confecção da prótese dentária pela instituição de saúde financiada pelo Sistema Único de Saúde.

Com a aplicação do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), versão 4.0, evidenciou-se que dos 12 domínios avaliados, o índice de menor escore foi o domínio mastigação e o de maior escore foi o domínio recreação. O domínio fala obteve o pior resultado da melhor resposta possível do escore (100), seguido do domínio aparência.

Constatou-se que os problemas mais importantes que interferiram na qualidade de vida do homem foram o domínio fala; deglutição e mastigação, e o de menor importância foi o domínio recreação.

O conjunto de resultados apresentados evidenciou que a qualidade de vida antes do diagnóstico de câncer foi classificada como muito melhor; após o tratamento cirúrgico, os homens classificaram a qualidade de vida global como boa.

Dessa forma, uma pontuação do escore igual ou abaixo de 100 significa que o homem avaliado pode estar ou não com sua qualidade de vida comprometida pelo tratamento cirúrgico oncológico. O somatório da qualidade de vida global foi os pontos de cada domínio do questionário da (UW-QOL) versão 4.0.

A média de todos os pacientes foi de 840.69 pontos, considerando que o mínimo é zero, se todos os domínios assinalados forem os piores possíveis, e o máximo é 1.200 pontos, se os melhores forem os escolhidos, levando-se em consideração que cada domínio varia de 0 a 100 pontos.



A seguir, é apresentada a relação entre as necessidades de cuidado clínico à saúde e qualidade de vida.

## CAPÍTULO 7 \_\_\_\_\_ RELAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO CLÍNICO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Tome uma atitude **ADAPTÁVEL**  
Com rapidez com que as coisas acontecem  
neste momento do Planeta, é preciso  
ser muito **ADAPTÁVEL**.

Nossa Alma tem uma grande  
capacidade de adaptação, pois nessa dimensão  
de consciência estamos cientes de que tudo  
é impermanente e muda a todo instante.

A verdadeira adaptabilidade nós a encontramos  
quando buscamos o contato com a nossa  
Essência Divina e paramos de resistir às  
inevitáveis mudanças que a vida nos propõe.

Os que estão firmes na busca do autoconhecimento  
reconhecem a necessidade de atitudes **ADAPTÁVEIS**.

Café, S (2012).

Com a aplicação do questionário de qualidade de vida UW-QOL, evidenciou-se na análise que os domínios mastigação, fala, deglutição, saliva e ombro obtiveram uma média baixa com interferência na vida cotidiana do homem. Além disso, os domínios fala, aparência, deglutição, atividade e mastigação tiveram porcentagem baixa em relação à melhor reposta possível do escore (100).

Evidenciaram-se, em ordem crescente, que os problemas mais importantes em relação à alteração na qualidade de vida foram nos domínios fala, deglutição e mastigação. Relacionando-os com os resultados das entrevistas sobre as necessidades de cuidado clínico à saúde e qualidade de vida, tem-se:

- **Domínio Fala:** Dificuldade para falar; alta para casa sem a cânula de traqueostomia; retirou todos os dentes para a cirurgia; falta da prótese dentária obturadora.
- **Domínio Mastigação:** Perdeu os dentes porque tinha que operar, dificultando a mastigação; precisava liquidificar os alimentos; podia se alimentar, mastigar; mastigação alterada; ficou com a sonda por dois anos..
- **Domínio Deglutição:** Aprendeu sozinho a comer pela boca; começou a comer pela boca manga em fatias; não conseguia engolir porque a língua não ajudava, ficou pequena; conseguia engolir comida líquida.
- **Domínios Ombro/Atividade/Dor:** No primeiro dia de cirurgia, levantou, parecia que não tinha operado; está produzindo, ficou seis meses sem realizar nenhuma atividade, aposentado, em dependência do INSS; continua trabalhando, mas com limitações com o ombro por causa da dor; fraqueza e dor no ombro fizeram mudar de trabalho, fazendo “biscates”; “se comesse pela boa ficaria forte novamente”.
- **Domínio Aparência:** Vergonha de sair de casa; ficou alguns meses sem sair no portão; ficou nervoso preocupado com a aparência; perdeu onze quilos, com isso não queria aparecer muito para as pessoas; a aparência mudou, está com a sonda para alimentação há sete meses; ficou bem abatido, na aparência teve pouca alteração; aparência lhe incomoda um pouco; ficou com pescoço duro não consegue virar; ficou muito emagrecido, toda cicatriz no pescoço ficou repuxada; vergonha de sair, como ir a um churrasco, aniversário ou praia, pois a aparência mudou muito e lhe incomoda; o pescoço

ficou fundo; aparência boa; não dão lugar nos transportes coletivos; considera a aparência muito boa; se tiver muito bem não é doente; não pode ter qualidade de vida, se tiver, não é doente,.

- **Domínio Ansiedade:** Arrancou a sonda de alimentação; retirou a sonda gástrica, gostaria de retirar a sonda porque incomoda bastante; torceu para não usar cânula de traqueostomia; sem a sonda gástrica seria melhor; sono prejudicado por problemas familiares.
- **Domínio Paladar:** Comeu comida de panela; comeu pela boca por conta própria; estava com desejo para comer uma feijoada; apesar de perder 80% da língua, consegue sentir o paladar.

Relacionando o resultado obtido no questionário de qualidade de vida da (UW-QOL) com os dados da entrevista, evidenciou-se que as necessidades de cuidado à saúde associadas à qualidade de vida encontram-se comprometidas: nos aspectos de sobrevivência, sociais, psicológicos, religiosos, físicos, econômicos e clínicos. Essas questões geram implicações para o planejamento no cuidado de enfermagem apresentadas no Quadro 21.

Para direcionar resoluções efetivas dessas alterações, deve-se evitar focar nas necessidades de dimensão orgânica, que são individualizadas, e se concentrar em outras necessidades, como necessidade de satisfação, de saúde emocional, espiritual, sociais e recursos financeiros. No cuidado clínico, as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais devem ser consideradas no contexto do ser humano.

**Quadro 21** - Apresentação da relação entre as necessidades de cuidado à saúde e domínios alterados na qualidade de vida. Hospital do Câncer I – INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016. (Nº 58).

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

<b>Domínios afetados (UW-QOL)</b>	<b>Necessidades de cuidado à saúde homem</b>
Mastigação, deglutição, paladar e fala → Aspectos de sobrevivência.	<b>Necessidades de cuidado de satisfação e bem estar</b> = comer feijoada, mastigar, comer frutas, ir ao churrasco, comida de panela, dificuldade para dizer palavras.
Aparência, atividade, recreação, fala ansiedade e humor → Aspectos sociais.	<b>Necessidades de cuidado da saúde social</b> = sonda gástrica para alimentação, cânula de traqueostomia, masculinidades, apoio social e vida íntima.
Dor, aparência, ansiedade, humor, fala e recreação → Aspectos psicológicos.	<b>Necessidades de cuidado da saúde emocional</b> = vida íntima, sonda gástrica para alimentação, masculinidades e isolamento social, informações antes da cirurgia
Ansiedade → Aspectos religiosos	<b>Necessidades de cuidado da saúde espiritual</b> = fé, gratidão, renascimento e lutar pela vida.
Dor, aparência, atividade e ombro → Aspectos físicos	<b>Necessidade de cuidado da saúde física</b> = sono, recuperação da saúde, corpo físico, trabalho, masculinidades, emagrecimento e fraqueza muscular nos membros superiores e inferiores.
Dor, atividade; ombro e ansiedade → Aspectos econômicos	<b>Necessidades de cuidado de recursos financeiros</b> = aposentado por invalidez INSS, licença médica INSS, masculinidades, renda pouca, prejuízo nas atividades laborais, atendimento no serviço público - SUS.
Dor → Aspectos clínicos	<b>Necessidades de cuidado biológico</b> = cessação, ou não, do hábito de fumar cigarro e ingerir bebida alcoólica, biópsia na lesão sugestiva, confirmação diagnóstica de neoplasias do trato aerodigestivo superior, procedimento cirúrgico e ferida operatória.

**7.1 Quanto aos aspectos de sobrevivência e necessidades de cuidado da satisfação e bem-estar**, relacionam-se aos domínios de mastigação, deglutição paladar e fala com as necessidades de comer feijoadada, mastigar, comer frutas, ir ao churrasco, comer comida de panela e dificuldades para falar.

O cuidado clínico de enfermagem define-se teoricamente pelo atendimento às necessidades do sujeito e pela manutenção de sobrevivência, observando o sujeito pouco reativo, como alguém que precisaria ser cuidado, que detinha o saber/poder sobre o corpo descrito pela cultura biomédica. O conceito de necessidade contrapõe-se ao desejo e à necessidade de sobrevivência – alimentação, eliminação, que subsidia a prática de enfermagem, tanto que não percebemos na prática de cuidado os atendimentos de outras necessidades além da biológica (TEIXEIRA ; FIGUEIREDO, 2001).

Isso posto, identificam-se outras necessidades de cuidado, não somente com tratamento cirúrgico, mas com os sentimentos de medo; ansiedade; dor; família; história de vida, colocar o homem como protagonista do cuidado para qualidade de vida. O significado de satisfação é a ação, efeito de satisfazer-se o prazer resultante da realização daquilo que se espera ou se deseja (HOUAISS, 2003)

Quanto à mastigação, deve-se ajudar na alimentação, providenciar com o odontologista próteses orais para compensar a perda de tecido e permitir um contato maior da língua com o palato, criando uma fala compreensível. As cirurgias da boca afetam a função da articulação, mastigação e deglutição.

A deglutição apresenta três fases: preparatória oral, oral e faríngea, cuidado de realizar uma avaliação completa na boca do homem para identificação precoce de alteração em uma dessas fases. Deve-se permanecer perto do paciente na oferta da alimentação via oral para observar sinais de aspiração, preparar um plano de cuidado exclusivo de deglutição e compartilhar com a equipe de Saúde. Os cuidados devem incluir ações que promovam a adaptação e reabilitação, envolvendo a fonoaudióloga e a nutricionista. A fonação e a deglutição constituem os focos principais da reabilitação e sobrevivência do homem com qualidade de vida.

O plano inclui cuidado de manter a cabeceira elevada; alterar a consistência dos alimentos líquidos aquosos, espessos, alimentos semissólidos em forma de purê, envolver a família no processo de cuidado.

**7.2 Relação dos aspectos sociais e necessidades de cuidado na dimensão social**, que estão associados aos domínios de aparência, atividade, recreação, fala, ansiedade e humor, juntamente com as necessidades de alimentação via sonda, empoderamento do masculino e a vida íntima.

O cuidado clínico ao homem deve atender às necessidades de apoio social. O apoio social começou a ser discutido na década de 1970 e caracteriza-se por qualquer informação e suporte material prestado por pessoas que se conhecem, resultando em reflexões emocionais e comportamentais positivas. Pode ter várias classificações, como apoio emocional, informativo e instrumental.

O apoio emocional é um apoio afetivo que proporciona segurança e acolhimento com valorização da autoestima e confiança, com gestos e palavras de conforto. O apoio informativo inclui compartilhar conhecimentos e prestar orientações aos indivíduos sobre o processo saúde-doença-cuidado. O apoio instrumental abrange o apoio financeiro e auxílio em atividades da vida cotidiana, por meio de ações resolutivas (LACERDA, 2010).

O apoio informativo requer o cuidado de informar os direitos sociais da pessoa com câncer; esclarecer sobre o retorno ao trabalho, caso tenha indicação; cuidado com o ombro do lado do procedimento cirúrgico; providenciar os documentos para solicitar o benefício para o auxílio doença, caso esteja incapacitado para retornar ao trabalho.

Na necessidade de apoio instrumental, deve-se começar por envolver a família no cuidado; as dificuldades são permeadas por emoções, devido à instabilidade que as neoplasias do trato aerodigestivo superior e o tratamento cirúrgico impõem.

No apoio ao homem com necessidade emocional, deve-se atenuar questões como prejuízos financeiros relacionados pela incapacidade de trabalhar e proporcionar uma impotência de masculinidade.

**7.3 Aspectos psicológicos e necessidades de cuidado à saúde emocional**, com alterações dos domínios dor, aparência, ansiedade, humor, fala e recreação.

As intervenções psicoterapêuticas fornecidas ao paciente são importantes porque compreender a clínica, social e psicológica, e a origem da ansiedade e do humor, e apresentam melhorias na redução do estresse e equilíbrios do humor e da ansiedade (SCANNAVINO, 2013).

Na avaliação no aspecto psicológico, deve-se manter uma interação com o paciente, proporcionando um diálogo aberto para obter informações de saúde, uma escuta ativa que

permite reconhecer e transformar em pensamentos positivos os aspectos que trazem o sofrimento, isolamento social e prejuízo à qualidade de vida.

Além disso, deve-se verificar se o paciente dispõe de rede de apoio afetivo; compartilhar medos e expectativas com a equipe de Saúde, lidar com as prioridades masculinas, como cuidado de barbear-se, cortar o cabelo, explicar dúvidas que podem provocar ansiedade do procedimento cirúrgico e estimular a interação social.

Diante da complexidade e variabilidade dos problemas decorrentes do tratamento cirúrgico oncológico, evidenciou-se a importância de considerar não somente os aspectos clínicos, mas os sociais, psicológicos, espirituais e econômicos, estabelecendo uma relação integrada com equipe de Saúde com intervenções de cuidado para reabilitação do paciente.

Para Christóforo (2012), o bem-estar deve constituir o principal objetivo da equipe de saúde que assiste o paciente em tratamento cirúrgico. No período pré-operatório o paciente apresenta estado emocional de ansiedade e desenvolve sentimentos negativos, tornando-se vulneráveis e dependentes. Existem deficiências de cuidado ao paciente no pré-operatório nas dimensões físico, psicológico e espiritual. O planejamento das ações de atenção às necessidades de cuidado da saúde emocional deve ser individualizado e baseado nas expectativas de recuperação de saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente.

**7.4 Aspectos religiosos e necessidades de cuidado à saúde espiritual** caracterizam-se pelo domínio de ansiedade, fé, gratidão, renascimento e luta pela vida.

O cuidado de estimular a fé, crenças religiosas e espirituais pode ser útil no enfrentamento do processo de saúde-doença-cuidado, demonstrando que os recursos religiosos e espirituais são estratégias para fortalecer o homem no cuidado à saúde, estabelecendo uma relação de empatia e confiança.

Dessa forma, bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais, por considerar as experiências místicas e meditativas como processos mensuráveis e quantificáveis com base nas evidências acumuladas na literatura. A Organização Mundial da Saúde, por meio do grupo de Qualidade de Vida, incluiu em seu instrumento genéricos aspectos espirituais, religião e crenças pessoais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Na construção da integralidade do cuidado, a relação entre o paciente e o profissional da saúde apresenta como perspectiva o reconhecimento das necessidades de cuidado espiritual,



reconhecendo o estado biopsicossocial e espiritual como sujeito do cuidado, com respeito à singularidade masculina, às relações emotivas e à espiritualidade.

Estudo demonstrou que a religiosidade e a espiritualidade são usadas como estratégia de enfrentamento associada à saúde e qualidade de vida para lidar com sentimentos negativos ligados ao estresse. Podem ser classificadas como positivas ou negativas, estando geralmente associadas aos melhores ou piores resultados de saúde física, mental e de qualidade de vida (CALDEIRA, 2011).

Sentimentos considerados positivos caracterizam-se com estratégias que proporcionem efeito benéfico, como procurar amor e proteção de Deus; conexão com forças transcendentais; buscar perdoar e ser perdoado; orar pelo bem-estar dos outros; resolver problemas em colaboração com Deus; redefinir o estressor como benéfico.

Estudo de Evangelista (2016) evidenciou que os enfermeiros consideram a espiritualidade como fonte de força, conforto e fé e que, quando cultivada pelos pacientes em cuidados paliativos, contribui para melhorar a sua condição e aceitar o processo de finitude. Identificaram o apoio familiar, perdão, amor, crença, fé e esperança como necessidades espirituais dos pacientes, as quais podem ser atendidas por eles utilizando variadas estratégias, reconhecem a importância da dimensão espiritual no atendimento de pacientes, no entanto, ainda existe despreparo para lidar com as questões espirituais.

Nesta perspectiva, o cuidado das necessidades de saúde espiritual se dá pelas estratégias de religiosidade, espiritualidade, fé e conexão com o Divino. A associação entre elas podem ajudar a melhorar a ansiedade e a qualidade de vida do homem.

**7.5 Aspectos físicos e necessidades de cuidado da saúde física**, relação com os domínios alterados como a dor, aparência, atividade e ombro.

Observa-se a necessidade de cuidado com o sono prejudicado; fraqueza muscular do ombro; recuperação da saúde do corpo físico pela reabilitação físico motora; atividade de trabalho; perda ponderal para atender à necessidade de saúde física. São necessários em média oito horas de descanso.

Os homens faziam tratamento clínico convencional com medicamentos para indução e manutenção do sono, pois a incapacidade de adormecer estava relacionada ao tratamento oncológico, com aumento do estresse físico e psicológico. Por residirem em outro município, precisavam acordar de madrugada para esperar o transporte da Secretaria Municipal de Saúde,

para as consultas de seguimento ambulatorial. Não conseguiram trabalhar por problemas no ombro causados pelo procedimento cirúrgico e pelo prejuízo nos recursos financeiros.

Os distúrbios do sono podem resultar em prejuízos no cotidiano, na saúde, no humor, na relação interpessoal e na capacidade de autocuidado e interesse pela vida. No cuidado deve-se instituir medidas para promover um ambiente adequado sem barulho; revisar o uso de medicações prescritos; orientar para ouvir uma música relaxante; realizar uma massagem nas costas que proporciona relaxamento muscular; evitar ingestão de estimulantes antes de dormir, como café e bebida alcoólica.

#### **7.6 - Aspectos econômicos e necessidades de ajuda nos recursos financeiros, com domínios afetados: dor, atividades laborais, ombro e ansiedade.**

Caracterizam-se pela masculinidade hegemônica e pelo trabalho. Essas alterações estão interligadas na qualidade de vida do homem, apresentando prejuízos nas atividades laborais, com aposentadoria por invalidez e recursos financeiros insuficientes para suprir as necessidades básicas de saúde e o benefício auxílio doença do INSS, causando mudança no estilo de vida.

Um estudo realizado sobre masculinidades e trabalho evidenciou que os homens realizavam atividades como domadores de cavalos, artesões e poetas. Não é possível falar em ruptura neste universo campeiro, mas sim em transformações no trabalho como forma de manter o cotidiano na construção do homem e, sobretudo, o *status* de uma masculinidade hegemônica sempre em consonância com o passado, o presente e o futuro (SILVA, 2014)

A ruptura do homem no mundo do trabalho, seja no campo ou nos centro urbanos, acaba por implicar na reconfiguração das práticas de atividades diárias pela imposição das masculinidades, ligadas ao trabalho a partir de um campo de possibilidades oriundo da experiência.

Nesta pesquisa os dados demonstraram que os homens continuaram trabalhando em um ritmo controlado como forma de enfrentamento, para melhorar a renda financeira pelo prejuízo nas atividades de trabalhos formais e pela necessidade de provar para sociedade a masculinidade, o poder e a força do homem.

No processo de cuidado, deve-se integrar a assistente social ao aconselhamento sobre questões financeiras, que envolvem o saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, o vale social e Rio Card especial, e sobre as orientações sobre laudo médico para afastamento de trabalho e medidas de acolhimento para o bem-estar.

**7.7 Aspectos clínicos e necessidades de cuidado nas questões biológicas**, caracterizadas pelas neoplasias de laringe, faringe e boca, uma doença crônica degenerativa na qual ocorrem transformações celulares mutacionais que comprometem de forma lenta os tecidos, órgãos e o sistema orgânico humano por completo. Geram efeitos biológicos e repercussões psicológicas, por serem estigmatizantes e embutidas de significados psicossociais (XAVIER, 2010).

A alteração no funcionamento do sistema orgânico do homem coloca em desequilíbrio/equilíbrio os aspectos de sobrevivência, sociais, psicológicos, religiosos, físicos, econômicos e clínicos que apresentam ligação com as necessidades de cuidado clínico à saúde.

A integralidade no cuidado da saúde caracteriza-se pelo princípio do Sistema Único de Saúde orientado por políticas e ações programáticas que respondam às necessidades da população no acesso à rede de cuidado, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença-cuidado e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social. Evidenciou-se em um estudo sobre integralidade da assistência um desafio para saúde pública que o princípio não é bem aplicado, por alguns fatores como: desarticulação entre os profissionais especialistas e desestruturação da rede da saúde, que ocasionam a demora no paciente conseguir consultas e diagnóstico do problema de saúde que são desafios a serem superados para que o princípio da integralidade possa ser aplicado de forma eficaz, como a integração das especialidades para proporcionar um atendimento interdisciplinar no cuidado ao paciente (OLIVEIRA, 2014).

No planejamento da assistência fundamental, deve-se oferecer um cuidado que atenda às necessidades de saúde de satisfação e bem-estar, saúde emocional, saúde espiritual, saúde social, ajuda nos recursos financeiros, saúde física e cuidado na dimensão biológica. Tem como finalidade a integralidade do cuidado para a qualidade de vida. A atenção da Enfermagem às necessidades do homem deve ser considerada no contexto do ser biopsicossocial e espiritual.

A seguir, é apresentada a descrição das etapas da construção do material educativo na modalidade de cartilha de cuidado à necessidade de saúde e qualidade de vida do homem em cirurgia oncológica.

**CAPÍTULO 8** PROCESSO DE CONSTRUÇÃO  
**DO MATERIAL EDUCATIVO DE CUIDADO CLÍNICO À NECESSIDADE DE**  
**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA**

Tome uma atitude **SAUDÁVEL**  
No âmago da nossa mente carregamos o  
sentido e a memória de um estado  
de saúde perfeita e vital.

Tomar uma atitude saudável implica não  
esquecer que somos vitalizados  
por um poder eletromagnético  
interior que nos vivifica, a todo instante, com  
amor e luz divina.

O estado pleno de saúde se manifesta  
quando optamos por atender  
amorosa e cuidadosamente as necessidades  
do corpo, das emoções e da mente  
em sintonia com a vontade da nossa Alma.

Quando fazemos isso por nós mesmos,  
aprendemos a fazê-lo também pelo  
Planeta casa onde vivemos e que é  
fonte nutridora da nossa existência.

Café, S (2012).

O processo de construção da cartilha educativa de cuidado à saúde do homem foi o terceiro objetivo desta pesquisa, a partir das necessidades de cuidado clínico à saúde do homem e qualidade de vida. O material educativo não foi validado pelo curto espaço de tempo, ficando a sugestão para futuras pesquisas que devem ser desenvolvidas para validar os conteúdos textuais e imagéticos com peritos e homens em tratamento cirúrgico oncológico.

Para compreender melhor a terminologia da cartilha, foi analisada a literatura dos meios de comunicação, sendo concluído que não existe consenso nos nomes e definições de vários meios. Muitos nomes são usados como sinônimos e de modo intercambiável, por exemplo, um folheto pode ser chamado de boletim, circular, panfleto, folder, cartilha e livreto (FREITAS,2011;OLIVEIRA, 2014).

Dessa forma, deve-se ter como parâmetros a simplicidade, a clareza e a popularização, em função da utilização generalizada da população de materiais educativos para cuidado à saúde. Nesse estudo optou-se por utilizar a terminologia cartilha, que se adequa ao significado da proposta da construção desse material educacional.

Cartilha significa publicação não periódica, contendo no mínimo cinco e no máximo 48 páginas, revestida de capa, que combina texto com ilustração, que pode ser desenho e fotografias (ECHER, 2005)

Inicialmente são descritas as sugestões com a fala dos homens em relação à linguagem textual e ao conteúdo imagético do material educativo intitulado: Traqueostomias – orientações aos pacientes. 2º edição. Rio de Janeiro: INCA - Ministério da Saúde, Brasil, 2010:

*[...] Aumentar o tamanho das letras, colocar no material novo a parte da alimentação pela sonda. Ficaria bom se acrescentasse sobre isso, porque não precisava fazer outro folheto, seria dispendioso. Acho que duas folhinhas sobre a sonda resolveria como usar e os cuidados que precisamos ter [...]* (H1)

*[...] Acho que não deveria parar de fazer o material. Poderia aumentar as letras, porque as pessoas vão ficando velhas, apresentam dificuldade para ler [...]* (H3)

*[...] Retirar, modificar, melhorar é sempre bom. Aumentar o tamanho, as letras. [...]*(H5)

*[...] A letra poderia ser maior [...]* (H7).

*[...] Colocar o abandono do tabagismo. Fumante, pense nisso!Se é bom ou ruim fumar você decide? [...]* (H10)

*[...] Colocar sobre o câncer de boca. Se soubesse que a lesão que estava na boca era câncer, tinha me cuidado [...]* (H11)

*[...] Não conheço a Política da saúde do homem, nunca ouvi falar [...]*(H12)

A partir das falas e sugestões dos homens construímos a cartilha educativa. Para elaboração do material torna-se importante conhecer a realidade e expectativas do paciente. Com base nessas informações foi construído o material com segurança e estímulo para tomada de decisão no cuidado clínico à saúde na fase de tratamento cirúrgico oncológico. A seguir é apresentada a descrição das quatro fases do processo de construção do material:

Fase 1 – Sugestões dos homens a partir das entrevistas.

Fase 2- Sistematização da linguagem e do conteúdo.

Fase 3- Escolhas da ilustrações.

Fase 4- Composição do conteúdo textual.

### **Fases do processo de elaboração do material educativo na modalidade de cartilha de cuidado clínico à saúde do homem**

**Fase 1** – As sugestões dos homens foram dadas a partir das entrevistas na avaliação de um material educativo existente construído no ano de 2010. A cartilha educativa foi desenvolvida com intuito de fornecer informações para homens com câncer de laringe, faringe e boca com pouca ou nenhuma instrução sobre o cuidado na promoção da saúde.

**Fase 2** - A sistematização da linguagem e do conteúdo foi baseada nas necessidades de cuidado clínico à saúde e qualidade de vida, com uma linguagem simples e de fácil compreensão, conforme preconiza a literatura (REBERTE, 2012; OLIVEIRA, 2014).

O conteúdo do material foi dividido em nove páginas frente e verso que seguiram o formato de uma cartilha educativa com a seguinte ordem:

- Conhecendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Brasil: síntese da política saúde do homem com enfoque nos objetivos.
- Sobre o câncer de cabeça e pescoço: são apresentadas as principais causas e cânceres da região de cabeça e pescoço
- Política Nacional de Combate ao Fumo, Brasil: apresenta os males que as substâncias do cigarro provocam à saúde e estimula como procurar ajudar para cessar o fumo.
- Câncer de cabeça e pescoço e o papiloma humano vírus (HPV): explica a relação do desenvolvimento dos cânceres de laringe, faringe e boca com o papiloma humano vírus e o cuidado com a saúde.
- Ações de cuidado à saúde do homem no câncer de boca: apresentam maneiras de cuidado à saúde contra esse tipo de câncer.

- Como fazer o autoexame da boca: são apresentados como fazer o autoexame e o que deve procurar da cavidade oral.
- Ações de cuidado à saúde do homem no câncer de laringe: é apresentado o sinal importante de indicativo no desenvolvimento do câncer de laringe, os fatores de riscos já conhecidos pela população e a principal maneira de prevenir esse tipo de câncer.
- Ações de cuidado diante das necessidades de saúde e qualidade de vida: são apresentadas adaptações às mudanças no cotidiano do homem pela necessidade de sonda nasogástrica para alimentação, pela dificuldade de mastigar e engolir alimentos sólidos.
- Ações de cuidado diante das necessidades de saúde psicossocial: são apresentados os ambulatórios da equipe multiprofissional de saúde, com endereço completo, horário de funcionamento e telefone.
- Espaços de cuidado à Saúde do Homem no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: neste módulo são apresentados os lugares no Estado do Rio de Janeiro que o homem pode procurar informações sobre cuidado clínico à saúde.

As Figuras 10 e 11 são uma apresentação compacta das 18 páginas da cartilha educativa em formato de um *folder* dividido em duas folhas.

### CUIDADO AO HOMEM EM CIRURGIA ONCOLÓGICA COM NECESSIDADES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA



1ª Edição  
Rio de Janeiro, 2017.

Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado.

### SUMÁRIO

Prezado homem.....	04
Conhecendo a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.....	05
Sobre câncer de cabeça e pescoço.....	07
Política Nacional de combate ao fumo.....	08
Câncer de cabeça e pescoço e papilomavírus humano – HPV.....	09
Prevenção do câncer de boca.....	10
Como fazer o auto exame da boca.....	11
Prevenção do câncer de laringe.....	14
As necessidades de saúde e qualidade de vida.....	15
As necessidades na saúde psicossocial.....	17
Onde procurar cuidado a saúde.....	18

Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado.

### PREZADO HOMEM

Somos enfermeiras e temos interesse em compartilhar experiências e expectativas referentes à situação de cuidado a saúde pela qual está passando.

Este material escrito de **Cuidado à Saúde do Homem** foi resultado de uma pesquisa de campo realizada com pacientes homens que estavam vivendo experiências igual à sua.

**Objetivo** oferecer uma contribuição no cuidado à saúde e melhorar sua qualidade de vida.



Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 04

### CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

- Lançada em agosto de 2008, pelo Ministério da Saúde, Brasil;
- Devido aos agravos dos problemas de saúde da população masculina entre a faixa etária de 20-59 anos;
- 41,3% da população são homens, isto é, 2,5 milhões de brasileiros;
- Estudos mostram que os homens cuidam pouco da sua saúde;
- Resgatar os homens como sujeitos do direito de cuidado à saúde.

Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, cuidado e recuperação da saúde.

Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 05

### OBJETIVOS DA POLÍTICA SAÚDE DO HOMEM

- Promover ações de cuidado à saúde;
- Saúde é um direito social e básico de todos os brasileiros;
- Diminuir o aparecimento de doenças crônicas como o câncer e a mortalidade na população masculina.

As causas da mortalidade da população masculina podem ser preveníveis e evitáveis: evite o fumo e o álcool.



Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 06

### SOBRE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

- Ocorre mais em homens acima dos 50 anos de idade;
- Os principais cânceres são de boca e de garganta;
- As causas principais para o câncer de cabeça e pescoço é o uso do cigarro e ingestão abusiva de bebidas alcoólicas ao longo da vida;
- O câncer de boca, língua e garganta estão relacionados ao papilomavírus humano vírus (HPV) relação íntima com a esposa;
- Câncer de cabeça e pescoço quanto mais cedo for descoberto, diminui a chance de ter alterações na mastigação, deglutição e na fala;
- Por isso, a importância de interromper o vício do cigarro.

Disque Saúde: 0800611997.

Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 07

### A PESSOA QUE FUMA É EXPOSTA A MAIS DE QUATRO MIL SUBSTÂNCIAS TÓXICAS CANCERÍGENAS.



Em 1989 Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Combate ao Fumo.



Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 08

### CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO E PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV

HPV, são vírus capazes de infectar a pele ou mucosas, existem cerca de 40 tipos de vírus que pode contaminar o trato ano-genital.

Relação do vírus HPV com câncer de garganta e boca - causado por um vírus cancerígeno capaz de causar câncer na boca e na garganta.

Prevenir o melhor cuidado, pois não há tratamento específico para eliminar o vírus HPV.

A transmissão do vírus é pelo contato direto com a pele e mucosa contaminada, pela via sexual, contato oral genital, manual genital.

O contágio pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal.

Prevenção: o uso da camisinha durante o ato sexual, com ou sem penetração, não protege da infecção pelo vírus do HPV, pois não cobre todas as áreas passíveis de serem infectadas.

Na presença de infecção do vírus na vulva, na região pubiana, perineal e na bolsa escrotal, o HPV poderá ser transmitido apesar do uso do preservativo.

Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 09

### LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DO HOMEM: NO CÂNCER DE BOCA

- Evitar o hábito de fumar e ingestão de bebidas alcoólicas;
- Comparecer à consulta médica de cuidado a saúde uma vez ao ano pelo menos;
- Procurar um Posto de Saúde para conversar com o profissional o desejo de parar de fumar e beber;
- Buscar um dentista ou médico se aparecimento de lesão na boca, língua que não cicatrize em até 15 dias;
- Evitar traumas crônicos na gengiva, como prótese dentária mal adaptada;
- Realizar higiene da boca escovando a língua e os dentes todos os dias após as refeições e sempre que necessário.



SORRIA, CONTRA O CÂNCER DE BOCA.

Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. 10

Figura 11 – Apresentação ilustrativa da cartilha educativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2017





<p><b>ORIENTAÇÕES COMO FAZER O AUTOEXAME DA BOCA</b></p> <p>Abra a boca em frente ao espelho e realize o autoexame todos os dias ou a cada 15 dias. Esse exame é simples e eficaz.</p> <p><b>CUIDADO EM PROCURAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alterações na aparência dos lábios, língua e dentro da boca;</li> <li>Caroços no pescoço;</li> <li>Feridas que não cicatrizam;</li> <li>Sangramentos na boca e língua;</li> <li>Dentes amolecidos ou quebrados;</li> </ul> <p>Evite pular as etapas da realização do autoexame da boca, todas são importantes.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>11</b></p>	<p><b>AUTOEXAME</b></p> <p>1. Em frente do espelho, verifique nos lados do rosto e pescoço se existem manchas, feridas (que não cicatrizam mais de 15 dias) e caroço duro;</p>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>2. Ainda na frente do espelho, com a boca aberta, tire as dentaduras ou pontes móveis, puxe os lábios e verifique-os, pois, devem estar com aparência lisa e vermelha, sem manchas, feridas;</p>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>3. Na frente do espelho, com a boca aberta, observe os dentes, os dois lados de dentro das bochechas e gengivas, que devem estar livres de manchas e feridas;</p>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>12</b></p>	 <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>4. Em frente do espelho, incline a cabeça para trás, abra bem a boca, coloque a língua para fora, observe o céu da boca e a entrada da garganta dizendo "AAAA";</p> <p>5. Em frente do espelho, ponha a língua para fora, observe em cima e em baixo, com uma gaze puxe a língua para os lados à procura de manchas brancas, feridas e dificuldade de movimentação da língua.</p>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>13</b></p>
<p><b>LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DO HOMEM: NO CÂNCER DE LARINGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se apresentar rouquidão mais de 15 dias sem melhora, procure um médico de garganta e ouvido;</li> <li>O risco de desenvolver o câncer na laringe pode ser diminuído, evitando fatores de riscos conhecidos:</li> </ul> <p><b>FUMO E BEBIDA ALCOÓLICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evite a combinação do consumo de fumo e álcool, pois, são os maiores inimigos da laringe;</li> </ul> <p><b>O TABAGISMO É A CAUSA PRINCIPAL PARA CASOS DE CÂNCER NA LARINGE.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O Ministério da Saúde adverte, pessoas fumantes têm 10 vezes chances de desenvolver câncer de laringe, em que associam o fumo com as bebidas alcoólicas, esse número sobe para 43.</li> </ul> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>14</b></p>	<p><b>LINHA DE CUIDADO À NECESSIDADE DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b></p> <p>Adaptando as mudanças no cotidiano pela necessidade de sonda gástrica para alimentação na dificuldade de mastigar e ou engolir os alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A sonda é passada pelo nariz, garganta até chegar ao estômago, a sonda é feita de silicone;</li> <li>Macerar o comprimido diluir em água potável colocar na seringa e fazer pela sonda;</li> <li>Colocar na seringa 20 ml de água potável e introduzir na sonda para prevenir entupir;</li> <li>Procurar um serviço de saúde, ou a emergência do hospital no 1º andar, caso, a sonda saia do nariz;</li> </ul>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>15</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de manter consulta com a nutricionista para observar perda ou ganho de peso;</li> <li>Passar a alimentação pela sonda pingando lento, para evitar náuseas, vômitos e diarreias;</li> <li>Manter-se sentado na infusão da alimentação;</li> <li>Colocar o frasco com o alimento acima da cabeça para facilitar no gotejamento;</li> <li>Manter-se otimista sempre.</li> </ul>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>16</b></p>
<p><b>LINHA DE CUIDADO À NECESSIDADE DE SAÚDE PSICOSSOCIAL</b></p> <p><b>AMBULATÓRIOS DA SEÇÃO DE CABEÇA E PESCOÇO RUA DO REZENDE, 128, TERREO, FUNCIONAM DE 2ª A 6ª DAS 08H ÀS 16H.</b></p> <p>Ambulatório - Enfermeira: 3207-4509 / 3207-4573;    Ambulatório - Fisioterapeuta: 3207-4559;    Ambulatório - Psicólogo: 3207-1053;    Ambulatório - Odontologia: 3207-1859.</p> <p><b>AMBULATÓRIOS DA SEÇÃO DE CABEÇA E PESCOÇO HOSPITAL HIL-TÉRREO, FUNCIONAM 2ª A 6ª FEIRA DAS 08 ÀS 16H.</b></p> <p>Ambulatório - Nutricionista: 3207-1037 / 3207-1576;    Ambulatório - Fonoaudióloga: 3207-1392 / 3207-4590;    Ambulatório - Enfermeira: 3207-1812;    Ambulatório - Assistente Social: 3207-1756;    Ambulatório - Médico: 3207-1336 / 3207-1349.</p> <p>Disque Saúde, que atende de graça as pessoas que desejam parar de fumar, recebem orientações de como abandonar o cigarro.</p>  <p>Fonte: Google imagens.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>17</b></p>	<p><b>ONDE PROCURAR CUIDADO À SAÚDE NO MUNICÍPIO E ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posto de saúde – Programa Saúde da Família;</li> <li>Em todos os bairros existem postos de saúde pública que devem ser procurados pelos homens para consulta com Clínico geral e com a Enfermeira;</li> <li>Receber orientações sobre cuidado à saúde.</li> </ul> <p><b>HOMEM - GARANTA SEU ESPAÇO NOS SERVIÇOS DE CUIDADO À SAÚDE!</b></p> <p>Coordenadora de elaboração    Enfermeira, Professora, Dra. Maria José Coelho</p> <p>Elaboração    Enfermeira, Ana Angélica de Souza Freitas    Doutoranda, Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Brasil.</p> <p>Edição e Diagramação    Patrícia R. Reis. Marketing.</p> <p>Hospital de Câncer I – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA – RJ. Ministério da Saúde, Brasil.</p> <p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>18</b></p>	<p>Cuide-se! Prevenção, melhor cuidado. <b>18</b></p>

Figura 12 – Apresentação ilustrativa da cartilha educativa de saúde e qualidade de vida.

**Fase 3** - A escolha das ilustrações foi feita por meios de *folders* do Ministério da Saúde, Brasil, e imagens de *websites* com as melhores ilustrações. As imagens didáticas foram selecionadas conforme apresentassem relevância ao público alvo. O planejamento sobre o tipo de ilustrações foi realizado para expressar a mensagem do texto. Para esta fase de elaboração das ilustrações foi convidado um profissional especializado em *marketing* digital.

Quanto ao *layout*, *design*, fontes, cores e sombreamentos, a construção foi com fonte 14. O título e os subtítulos foram destacados em negrito, em fonte 16. Como destaques, as cores azuis foram utilizadas por ser o público-alvo homens adultos. O conteúdo geral da cartilha educativa para impressão foi da cor preta sobre o fundo claro por ser mais fácil de realizar a leitura. A capa foi construída para ter efeito atrativo, com imagens e cores que atraem a atenção dos homens, mostrando a mensagem principal de cuidado clínico à saúde e qualidade de vida do homem em tratamento cirúrgico, permitindo que o leitor capte a mensagem principal na visualização.

**Fase 4** – Quanto à composição do conteúdo textual, o conteúdo preliminar foi desenvolvido com atenção dada à informação considerada essencial. Esse conteúdo foi submetido ao trabalho de edição e diagramação, organizado em mensagem para facilitar as ações de cuidado. Foram utilizados títulos e subtítulos em negritos para sinalizar os tópicos e subtópicos. As ideias do texto foram organizadas na mesma sequência em que o paciente recebia o cuidado.

Um estudo sobre elaboração de manuais de orientação para cuidado em saúde evidenciou que é essencial descrever com clareza a fundamentação dos cuidados a ser realizado, ser de fácil compreensão e atender às necessidades específicas para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo. É importante procurar orientar com ilustrações para facilitar o entendimento. Para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que palavras (ECHER, 2005).

A primeira versão da cartilha educativa tinha dez páginas frente e verso, com imagens coloridas, e foi revisada pela coordenadora da pesquisa e o profissional de *marketing* digital, que fizeram algumas modificações no título e no conteúdo sobre o cuidado com a vida.

A versão final tem nove páginas frente e verso, contendo: capa, contracapa e sumário. A partir da página quatro tem-se a organização do conteúdo em combinação com as ilustrações. Concluída esta etapa, foram realizadas a última edição, a diagramação e a impressão de 10 exemplares da versão final da cartilha.

O conhecimento científico renova-se constantemente, e, assim, há necessidade de atualização permanente do material instrucional, pois, caracteriza-se como uma forma de ajudar o homem a entender melhor o processo de saúde-doença-cuidado e trilhar os caminhos de recuperação, prevenção e promoção da saúde para qualidade de vida.

O processo de construção da cartilha mediante estratégia participativa, como preconizada nas práticas de promoção à saúde, foi construtiva e enriquecedora, e seu emprego é recomendado para construção de novas cartilhas educativas, visando ao cuidado à saúde masculina no contexto brasileiro.

**CAPÍTULO 9 \_\_\_\_\_ PRODUTOS GERADOS DO  
CONHECIMENTO DO CUIDADO AO HOMEM COM NECESSIDADES DE SAÚDE  
E QUALIDADE DE VIDA**

**Terapia do Trabalho**

Estabeleça metas realizáveis  
e reconheça quando conseguiu  
alcançar cada uma

Reserve um tempo para  
alegrar-se consigo mesmo  
e apreciar tudo que você  
conseguiu realizar com êxito  
sem se preocupar  
com o que ainda resta fazer.

Grippio, D.2002.

Os produtos do conhecimento gerados pela tese foram artigo científico, capítulo de livros, apresentações de trabalhos em congressos nacionais e internacionais no período de 2014 a 2017.

#### **Ano 2014**

##### **Autoria de trabalho**

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação – Apresentação do trabalho Práticas de reabilitação no cuidado aos homens com traqueostomia por câncer de laringe. Tema central do congresso: A pessoa, função e autonomia – reabilitar nos processos de transição. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal, 27 a 29 de março de 2014.

#### **Ano 2015**

##### **Autoria de livro**

Freitas, AAS, Coelho, MJ. Modo de viver: desafios e medidas preventivas para o risco de câncer.

Sistema de Educação Contínua a Distância - Programa de atualização para técnicos de enfermagem PROTENF. Ciclo 8 Volume 2. Associação Brasileira de Enfermagem. Organizadoras: Ana Lucia Jezuino da Costa, Josiane Steil Siewert e Maria Jose Fernandes Torres. Artmed Panamericana editora.

##### **Autoria de trabalhos**

22º Pesquisando em Enfermagem, apresentação do trabalho Homem com câncer de cabeça e pescoço: Implicações para Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 21 de maio de 2015. Brasil.

Palestrante em: Atuação do enfermeiro nas cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço na disciplina Tópicos especiais em Enfermagem do curso de pós-graduação em nível de especialização nos moldes de residência na UNIRIO – EEAP. 8 às 16h. 25 de agosto de 2015.

XIII Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem, Apresentação do trabalho Relato de experiência: material educativo impresso como tecnologia de cuidado na alta hospitalar do homem com traqueostomia por câncer de cabeça e pescoço. Centro de Convenções Sul-América, Rio de Janeiro, 4 a 8 de setembro de 2015. Brasil.

XIII Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem - Moderadora da apresentação de trabalhos científicos em sessão E-pôster. Centro de Convenções Sul-América, Rio de Janeiro, 4 a 8 de setembro de 2015. Brasil.

67º CBEEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem – Apresentação do trabalho Necessidades de saúde e cuidado da população masculina com neoplasia de boca: desafios para Enfermagem. Tema central: Para aonde caminha a Enfermagem Brasileira? Centro de Convenções Anhembi São Paulo, 26 a 30 de outubro de 2015. Brasil.

XV Congresso Brasileiro de Enfermagem Oncológica, apresentação do trabalho Informação para o cuidado à saúde do homem com traqueostomia por neoplasia de cabeça e pescoço: Implicações para Enfermagem. Palace Hotel Bahia Othon, Salvador, 14 a 17 de outubro de 2015.. Brasil.

### **Ano 2016**

#### **Autoria de trabalhos**

15º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn. Formação em Enfermagem: cuidado profissional e cidadania. Curitiba – PR. Brasil. Apresentação de trabalho na sessão roda de conversa. Intitulada: Preceptorial na residência multiprofissional em enfermagem oncológica: integração ensino-aprendizagem. Universidade Positivo, 29 a 31 de agosto.

IX Seminário Internacional – Núcleos de Pesquisa e a produção do conhecimento na Enfermagem, tema central: Simulação realística na saúde: possibilidades para a pesquisa e impactos na prática da Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Apresentação de trabalho científico intitulado: Homens em cirurgia oncológica de cabeça e pescoço e as necessidades de cuidado à saúde.

### **Ano 2017**

#### **Artigo Científico**

Freitas, AAS, Coelho, MJ. Necessidades humanas de cuidado ao homem em tratamento cirúrgico oncológico: implicações para a Enfermagem. Revista de Pesquisa Cuidado Clínico é Fundamental online do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UNIRIO. No prelo, 2017.

#### **Autoria de livro**

Freitas, AAS, Coelho, MJ. Saúde do homem: possibilidades e desafios no cuidado clínico de enfermagem. Sistema de Educação Contínua a Distância - Programa de atualização para técnicos de enfermagem PROTENF. Ciclo 9 Volume 3. 2017. Associação Brasileira de Enfermagem. Organizadoras: Ana Lucia Jezuino da Costa, Josiane Stell Siewert e Maria Jose Fernandes Torres. Artmed Panamericana editora.

**Autoria de trabalhos**

19º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem - SENPE, Tema central: Impacto social do conhecimento de enfermagem na cidade de João Pessoa – Paraíba, Brasil. Apresentação de trabalho científico como e-pôster, na forma oral/visual, intitulado Necessidades humanas de cuidado clínico à saúde em homens com câncer de boca.

24º Pesquisando em Enfermagem, a 20ª Jornada Nacional de História da Enfermagem e o 17º Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado clínico de Enfermagem, no período 22 a 26 de maio de 2017, na cidade de Rio de Janeiro. Brasil. Apresentação de trabalho na modalidade oral intitulado: Percepção de qualidade de vida dos homens com neoplasia de boca em tratamento cirúrgico.

69º Congresso Brasileiro de Enfermagem, tema central: O trabalho de enfermagem na construção de uma sociedade democrática. Apresentação de trabalho intitulado: Mudanças na mastigação em homens com ressecção de língua: impacto na qualidade de vida. Modalidade E-poster. Maceió – Alagoas. Brasil. 3 a 10 setembro de 2017.

69º Congresso Brasileiro de Enfermagem, tema central: O trabalho de Enfermagem na construção de uma sociedade democrática. Apresentação de trabalho na modalidade comunicação coordenada, intitulado: Necessidades básicas afetadas e qualidade de vida em homens em cirurgia oncológica, submetido na modalidade Prêmio - Wanda de Aguiar Horta. Maceió – Alagoas, Brasil. 3 a 10 setembro de 2017.

## CAPÍTULO 10 \_\_\_\_\_ CONSIDERAÇÕES FINAIS

### **Continuidade**

Quando um grupo permanece estável durante meses e anos, profunda comunhão e confiança se desenvolvem, junto com a capacidade de prolongar-se no silêncio por períodos de tempo cada vez maiores.

No final, o que realmente importa é a Continuidade  
Um caminho não será um caminho sem isso  
Quando encontrarmos nosso caminho escolhido,  
precisaremos continuar nele  
Quando fizermos isso, teremos mudado  
profundamente e nos encontraremos  
participando da paz que está além do entendimento .

Norris, Gunilla, 2007.



Mundialmente, estimou-se que no ano 2018 seriam diagnosticados 37.160 novos casos de câncer de faringe e cavidade oral, com a incidência duas vezes maior em homens, e 10.490 casos de câncer de laringe. Em 2030, a estimativa global será de 21,4 milhões de novos casos, com 13,2 milhões de mortes em consequência do crescimento e do envelhecimento da população mundial (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

No Brasil, para o ano de 2018 são esperados 300.140 mil casos novos de todas as neoplasias para população masculina. Dessas, 11.200 são as neoplasias de cavidade oral e 6.390, neoplasias de laringe. Neste enfoque, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como objetivo construir o cuidado com características direcionadas à população masculina, a fim de qualificar o cuidado à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

As neoplasias do trato aerodigestivo superior apresentam-se com características multidimensionais, afetando os aspectos psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, interferindo na saúde do homem e na qualidade de vida.

Dessa forma, melhorar a qualidade de vida do homem torna-se um dos principais objetivos na proposta do tratamento cirúrgico oncológico e no planejamento dos cuidados de enfermagem baseados nas necessidades de saúde e qualidade de vida da população masculina, pois a reabilitação e a adaptação às alterações funcionais e estéticas constituem-se fundamentais para o homem retornar às atividades laborais, de lazer, e apresentar atitudes de autonomia para o seu cuidado à saúde.

Nesse sentido, o objeto de estudo foi a necessidade de cuidado à saúde e qualidade de vida do homem em tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior.

No desenvolvimento do presente estudo, alcançaram-se os seguintes objetivos: identificação das necessidades de cuidado à saúde e da percepção de qualidade de vida dos homens antes e após o tratamento cirúrgico e avaliação da qualidade de vida destes utilizando o questionário da Universidade de Washington (UW-QOL), versão 4.0, para mensurar os domínios associados à interferência na qualidade de vida, articulando as necessidades de cuidado à saúde com os domínios afetados na qualidade de vida e a construção de uma cartilha de cuidado ao homem em cirurgia oncológica com necessidades de saúde e qualidade de vida.

Este estudo teve como fundamentação teórica as Masculinidades, de Connell (1995), o Cuidado, de Coelho (1999) e outros autores da temática, e o Cotidiano, de Michel Certeau (2008). Para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se o método misto que é a combinação

da abordagem qualitativa com quantitativa, a realização de entrevista semiestruturada e a aplicação de um questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington, validado para língua portuguesa brasileira versão 4.0 e registros de diário de campo, chegando-se às considerações finais.

Os resultados apresentados evidenciaram o perfil sociodemográficos dos homens com neoplasias de laringe faringe e boca em tratamento cirúrgico: eram casados, com faixa etária entre 45 e 59 anos de idade, com nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, atividades laborais em outras ocupações, como pintor de carro e ajudante de pedreiro, procedentes dos Município e Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Logo, ao planejar o cuidado da necessidade de saúde do homem em tratamento cirúrgico torna-se fundamental que se considere o ambiente e os recursos do cuidado, colocando o homem como sujeito ativo no processo saúde-doença-cuidado, promovendo autonomia, bem estar e segurança.

Nas necessidades de cuidado à saúde do homem em tratamento cirúrgico, na categoria caminhos percorridos nas redes públicas e privadas de saúde até o diagnóstico das neoplasias de laringe, faringe e boca, evidenciou-se que a busca de cuidado à saúde foi marcada por uma interrupção da vida cotidiana, como as atividades laborais, expectativas com idas e vindas às consultas médicas e de Enfermagem. Os homens sabiam que estavam doentes, mas não queriam acreditar, com um imaginário do mundo masculino de que não ficam doente, são fortes e invulneráveis e, por outro lado, envolve características como vulnerabilidade da saúde masculina, com perda da autonomia, no controle no processo social relacionado a masculinidades imposto pela sociedade.

Na categoria informação ao homem sobre o tratamento cirúrgico, constatou-se que receberam informações dos profissionais de saúde, entendendo de forma efetiva a finalidade do tratamento de intenção curativa, mas que poderia causar alterações estéticas e funcionais, como na fala, na mastigação, na deglutição e na imagem corporal, que são aspectos interligados no tratamento das neoplasias do trato aerodigestivo superior.

Ainda assim, os homens conseguiram apreciar o tratamento cirúrgico com aspectos positivos, considerando a trajetória na busca do tratamento e cura do câncer e melhoria na qualidade de vida, por saberem que não tinham mais o câncer e que estavam curados.

Todavia, houve um grupo de homens que relataram insatisfação com a informação sobre o tratamento cirúrgico por não entenderem a explicação ou por não terem recebidos pelo profissional da saúde. Sendo assim, torna-se necessário, um cuidado diferenciado para

esse grupo de paciente, com planejamento do cuidado baseado nas dúvidas e ansiedades relacionadas ao tratamento cirúrgico.

Para os homens, qualidade de vida antes do tratamento cirúrgico significou: poder trabalhar como realização pessoal; ganhar dinheiro e ter condições financeiras para sustentar a família; satisfação nas necessidades básicas de prazer, como alimentar-se pela boca, comer e poder mastigar bem um churrasco, fumar e beber em uma festa com amigos e familiares. Dessa forma, qualidade de vida significa tudo que está relacionado à masculinidade hegemônica, caracterizada por concepções machistas, impostas pela sociedade contemporânea, de prazer, bem-estar, ser forte, invulnerável.

Evidenciou-se que existe um longo caminho a ser percorrido pela Enfermagem no cuidado clínico à saúde do homem, na busca de ultrapassar as barreiras estruturais no espaço de cuidado e culturais na sociedade pelos comportamentos e atitudes prejudiciais que levam ao adoecimento por neoplasias na população masculina brasileira.

Nesse sentido, atitudes consideradas positivas em relação ao cuidado com a saúde sobressaíram-se perante os aspectos de atitudes que levaram ao processo de adoecimento, merecendo destaque as seguintes atitudes: mudanças nos hábitos de estilo de vida cotidiana, como cessação do fumo e ingestão de bebida alcoólica antes do adoecimento; continuar bebendo ou fumando mesmo com diagnóstico de uma doença crônica, como a neoplasia de cavidade oral; realização de atividades de lazer, como ir à praia e a festinhas de finais de semana; jogar futebol com os amigos; atividades de trabalho, tudo isso considerado um estilo de vida com qualidade.

Quanto às atitudes que levaram ao adoecimento por câncer ressaltam-se a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior, associada aos hábitos de vida considerados não saudáveis, como o uso abusivo do fumo e o consumo de bebidas alcoólicas praticadas durante uma vida inteira, por vezes iniciada na infância e adolescência; coloca-se em primeiro lugar as atividades laborais em excesso, com procura tardia por cuidado à saúde somente ao sinal de algum sintoma, como a disfonia e a dispneia, caracterizada com uma masculinidade hegemônica e viver somente para o trabalho, cultivando uma atitude machista de cuidar da saúde somente quando estiver doente.

Para os homens, a qualidade de vida depois do tratamento cirúrgico oncológico imprime significado de criatividade com soluções dos problemas, com alternativas de outras ocupações de trabalho que não exigisse esforço com movimento do ombro, com trabalhos informais, continuar trabalhando como realização pessoal. Na busca de recursos financeiros com o

objetivo de completar a renda financeira no sustento da família como provedor da casa, apesar das alterações na fisiologia da fala, da mastigação e da deglutição, alguns homens continuaram com uma vida considerada para eles normal, enquanto outros não.

Foram observados aspectos positivos, como o renascimento, gratidão à equipe de saúde pelo cuidado à vida, apoio dos familiares e amigos com cuidado nos aspectos psicossociais, atividades de recreação como estratégias de enfrentamento que influenciavam na valorização da vida, felicidade, otimismo, bem-estar e humor com emoções positivas.

Por outro lado, a qualidade de vida para os homens depois do tratamento cirúrgico caracterizou-se com aspectos negativos, com mudanças no estilo de vida pelas alterações funcionais na fisiologia da fala, da mastigação, da deglutição, na aparência, com necessidade de cuidado psicossocial; incapacidade funcional de movimentar o ombro e braço, interferindo nas atividades laborais, aposentadoria por invalidez; alterações nas atividades de lazer; alteração no humor com sentimentos de depressão e ansiedade, ocasionando distúrbio no padrão do sono e repouso.

Para os homens qualidade de vida antes e após o tratamento cirúrgico oncológico caracterizou-se pela atitude de: gratidão; felicidade; tristeza; superação e dificuldades nas atividades de vida diária; apoio de familiares e amigos; atividades laborais e de recreação; atitudes consideradas saudáveis ou não; sentimentos de ansiedade e depressão alterando a vigília do sono e repouso; vida normal e anormal; masculinidades; cuidado, ou não, da saúde.

O construto de qualidade de vida foi caracterizado como subjetivo/objetivo e multifatorial, por envolver aspectos de necessidades físicas, psicológicas, sociais e econômicas: pelo fato de como os homens percebem a satisfação, ou não, das necessidades das funções orgânicas de sobrevivência, como a fala, a mastigação e a deglutição, pela interferência do tratamento cirúrgico oncológico do trato aerodigestivo superior sobre as atividades laborais de vida diária, vida normal, anormal, pois apresentaram superação com coragem, luta pela vida, criatividade como forma de enfrentamento para o cuidado à saúde ou não, buscaram manter as atividades de trabalho informal, persistindo no trabalho e na produção como dimensão de masculinidade hegemônica, com alteração ou não, na qualidade de vida.

Nas necessidades de cuidado à saúde do homem em tratamento cirúrgico oncológico, os aspectos psicobiológicos foram os mais afetados, pois a necessidade de cuidado com a alimentação via sonda nasogástrica e a necessidade de informação sobre a vida íntima foram as que se destacaram na análise do cotidiano. Das questões, os relatos foram ligados ao

contexto da vida diária dos homens, exigindo maneiras de fazer e pensar para atender uma demanda de cuidado integrado com a equipe de saúde, com estilos de ações interdependente e dependente; apesar disso, os pacientes enfrentaram o cuidado da saúde com superação.

Para os homens, as perspectivas em relação à Política Nacional de Cuidado à Saúde se caracterizaram com questões: não tinham ouvido falar da política; ouviram em meios de comunicação como: rádios, jornais e conversas com amigos; questionamentos sobre a ausência do profissional médico nos Postos de Saúde; demora nas marcações de consultas de cuidado clínico à saúde; e os homens cuidam e não cuidam da saúde.

Os profissionais da área da saúde, em especial a Enfermagem, devem fazer articulações e estratégias de divulgação da Política de Cuidado à Saúde para a população masculina, inseri-los como sujeito no contexto social e político, estimular com palestras em sala de espera, distribuir panfletos com uma síntese sobre a Política e a importância do cuidado a saúde no âmbito da prevenção e promoção da saúde, com questões sobre o tabagismo e o consumo excessivo de bebida alcoólica e formas de cessação, entre outras questões que envolvem a saúde masculina no Brasil.

Para a área da Saúde e Enfermagem, essas demandas tornam-se um desafio, pois a política tem apenas nove anos de existência e precisa ser divulgada, pesquisada, lançada para toda população científica, geral e de Enfermagem, e em especial a população masculina. Tem-se um caminho árduo a percorrer com o objetivo de reconhecer as condições das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais da população masculina, dar espaço para serem sujeitos protagonistas do cuidado à saúde.

No eixo qualidade de vida dos homens em tratamento cirúrgico oncológico com aplicação do questionário da Universidade de Washington (2006), ressalta-se que cada um tem uma maneira particular de operacionalizar a percepção sobre qualidade de vida, antes e após o tratamento cirúrgico. A percepção de um mesmo homem pode variar com o tempo e as circunstâncias pela qual a vida pode modificar o cotidiano em relação ao cuidado à saúde, ou não.

Os dados revelaram que as médias mais altas foram dos domínios recreação e dor, e as mais baixas, de mastigação e fala. O pior resultado da melhor resposta possível do escore cem foi dos domínios fala, aparência e deglutição, com alterações funcionais e estéticas causando interferência na qualidade de vida.

Além disso, os problemas mais importantes que influenciaram na qualidade de vida foram os domínios fala, deglutição e mastigação, e o de menor importância foi o domínio

recreação. No tratamento cirúrgico, as necessidades de cuidado, recuperação e manutenção da vida devem ser individualizadas, considerando o homem como sujeito do cuidado influenciando na adaptação e enfreamento ao novo estilo de vida.

Nas questões gerais do questionário, “Qualidade de vida relacionada à saúde” antes do diagnóstico de câncer foi classificada como muito melhor: porque havia satisfação em poder comer, beber, mastigar bem, realizar atividades de lazer que proporcionava alegria e bem estar. E classificada como um pouco pior: pelo descuido com a saúde, priorizando e vivendo as atividades laborais.

“Qualidade de vida relacionada à saúde” após o tratamento cirúrgico foi classificada como boa, porque os pacientes sobreviveram ao procedimento cirúrgico, conseguiram cessar o fumo, obtiveram ajuda de familiares e amigos, continuaram as atividades laborais mesmo com adaptações, mudança de ocupação e na modalidade informal.

“Qualidade de vida global” após o tratamento cirúrgico foi classificada como boa, mesmo apresentando alterações funcionais e estéticas caracterizadas pelos domínios de mastigação, fala, deglutição, saliva e aparência entre outros.

No questionário foram expressos outros problemas considerados importantes pelos homens para a qualidade de vida e que não foram abordados, tais como: sono e repouso, recursos financeiros e prótese dentária obturadora.

No eixo relação entre as necessidades de cuidado à saúde e qualidade de vida houve alteração no funcionamento do sistema orgânico, colocando em desequilíbrio/equilíbrio os aspectos de sobrevivência, sociais, psicológicos, religiosos, físicos, econômicos e clínicos que apresentaram ligação com as necessidades de cuidado à saúde do homem caracterizadas pelas necessidades de cuidado de satisfação e bem-estar, necessidade de cuidado a saúde social, necessidade de cuidado à saúde emocional, necessidade de cuidado espiritual, necessidade de cuidado à saúde física, necessidade de cuidado dos recursos financeiros e necessidade de cuidado nos aspectos biológicos.

Dessa forma, deve-se pensar o cotidiano e as necessidades de cuidado à saúde e qualidade de vida considerando as maneiras de cuidar em enfermagem para encontrar formulações e criações no planejamento do cuidado para atender às necessidades dos homens, considerando a importante contribuição de Certeau do que chama “invenções cotidianas”.

No eixo construção de uma cartilha educativa de cuidado da necessidade de saúde e qualidade de vida, apresenta-se, em duas etapas de construção, o conteúdo textual e imagético.

O conteúdo textual foi desenvolvido com base nos principais resultados da pesquisa, da seguinte maneira: conhecendo sobre a Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem, câncer de cabeça e pescoço, Política Nacional de Combate ao Fumo, câncer de cabeça e pescoço e a relação com papiloma vírus humano (HPV), prevenção do câncer de boca, como fazer o autoexame, prevenção do câncer de laringe, cuidado da necessidade de saúde e qualidade de vida, cuidado da necessidade de apoio psicossocial e onde procurar cuidado à saúde no Município e Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

O conteúdo imagético foi selecionado nos *folders* do Ministério da Saúde, acessados no websites em busca das melhores ilustrações e imagens com apresentação didáticas e relevantes ao público-alvo, e usado como base para elaboração das ilustrações por um profissional especializado em *marketing* digital.

Considera-se a importância do material educativo escrito no contexto da promoção do cuidado da necessidade de saúde e qualidade de vida da população masculina e tendo em vista a contribuição desse recurso impresso para promover o cuidado, prevenir doenças crônicas, transmissíveis ou não, e desenvolver habilidades e autonomia ao homem para qualidade de vida.

### **Limitações da pesquisa**

Uma das limitações na abordagem qualitativa ocasionou uma dificuldade de sistematização na interpretação e análise; para isso, a análise de conteúdo foi realizada de forma minuciosa, de modo a amenizar as dificuldades de interpretação. Na abordagem quantitativa, o tamanho da amostra, 58 homens, pode ser considerado reduzido quando comparado com a expectativa de número de homens com câncer de laringe, faringe e boca, tratados com cirurgia no ano, na instituição, mas tais limitações podem ser superadas em novas pesquisas.

Pode ser considerada limitação para o desenvolvimento dessa pesquisa o fato de ter sido realizada em uma única instituição hospitalar de cuidado clínico e cirúrgico oncológico. Além disso, a pesquisadora não conseguiu a liberação de carga horária pela Divisão de Enfermagem da instituição onde desenvolve suas atividades laborais a fim de desenvolver a pesquisa. A falta de recursos financeiros e pouco tempo para coleta de dados também foram fatores limitantes.

### **Sugestões de futuras pesquisas**

Com base nos resultados dessa pesquisa recomenda-se a continuidade de estudos sobre a temática a fim de ampliar e sustentar conhecimentos técnicos e científicos para que os sujeitos envolvidos no processo de saúde, doença e cuidado no ambiente hospitalar e extra-hospitalar, como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visem as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, abrindo espaço, reconhecendo e colocando os homens como protagonistas que necessitam de cuidado clínico à saúde.

Além disso, sugerem-se pesquisas com participantes mulheres com neoplasias do trato aerodigestivo superior que devem ter suas necessidades de saúde atendidas em estudos futuros sobre qualidade de vida. O material educativo deve ser validado por peritos e com os homens em tratamento cirúrgico oncológico, e ainda se pode propor uma versão online.

Sugere-se a realização de pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da PNAISH em outras instituições hospitalares, UBS, Municípios, Estados do Brasil, sobre a temática Saúde do Homem, neoplasias, qualidade de vida e cuidado de Enfermagem.

### **Proposta de projeto ao Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva - INCA**

As propostas são criar um grupo de estudo e linha de pesquisa em centro de interesse na temática Saúde do Homem, neoplasias, cuidado à saúde e qualidade de vida, e construir uma disciplina intitulada “Enfermagem em Oncologia e a Saúde do Homem”, a fim de ser inserida no Programa da Residência Multiprofissional do INCA.

Além disso, propõe-se a implementação de um Ambulatório de Enfermagem na linha de cuidado clínico às necessidades da saúde masculina.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral**. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rcd-n-63-de-6-de-julho-de-2000>>. Acesso em: 23 fev.2017.

AGUIAR, L.; et al. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia da UPF**, Passo Fundo, v.18, n.1, p. 125-29, 2013.

ALMEIDA, AF.; et al. Qualidade de vida das pessoas acometidas por câncer no trato aerodigestivo superior em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.2, p.229-37, 2013.

ANDRADE, FP.; et al. Validade discriminante de questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.15, n. 4, p. 781-9, 2012.

ANJOS, MA. **O humor: estudo à luz do direito de autor e da personalidade**. 2009. 133f. Tese (Doutorado em direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2009.

ALVES, RF.; et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 152-166, 2011.

ALHO OP.; et al. Differential prognostic impact of comorbidity in head and neck cancer. **Head Neck**, Weinheim, v.8, n. 21, p.29-913, 2007.

AMARAL, ACF. ; et al. Fonoaudiologia e nutrição em ambiente hospitalar: análise de terminologia de classificação das consistências alimentares. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.27, n.6, p.541-9,2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts e figures 2018**. Atlanta, 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>>. Acesso em : 12 fev. 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts e figures 2016**. Atlanta, 2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **Informação e documentação – referências – elaboração**, Rio de Janeiro, 2002. 22p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6024: **Numeração progressiva das seções de um documento**. Rio de Janeiro. ABNT, 2003.25p.

BARBOSA, NL. Cuidado de Enfermagem a pacientes alcoolistas: percepções da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira Pesquisa e Saúde**, Vitória, v.15, n. 2, p. 88-3, 2013.

BARBOSA, JAG.;FREITAS,MIF. Representações sociais sobre alimentação por sonda obtida por pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.2, p.235-42,2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: São Paulo, Edições 70, 2011.229p.

BARRETO SS, Ortiz KZ. Medidas de inteligibilidade nos distúrbios da fala: revisão crítica da literatura. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v.20, n. 3, p. 201-6,2008.

BARROZO BM.; et al. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 25, n.3, p.255-63, 2014.

BOING, AF.; ANTUNES JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.615-622, 2011.

BRANDÃO, LG.; BRESCIA, MEG. **Cirurgia de cabeça e pescoço fundamentos para a graduação médica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2011. p.584.

BRASIL \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012: dispõe sobre **O primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada** e estabelece prazo para seu início. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral Saúde do Homem**. Brasília. 2008.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Guia de produção e uso de materiais educativos**. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos.** Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/inicio.jsp.2016>> Acesso em: 24 mar. 2015.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.

\_\_\_\_\_.Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. Lei complementar nº142, de 03 de dezembro 2013: dispõe sobre **RGPS: Tire suas dúvidas sobre aposentadoria para pessoa com deficiência.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2013/12/rgps-tire-suas-duvidas-sobre-a-aposentadoria-especial-para-pessoa-com-deficiencia/>>. Acesso em: 23 fev.2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Justiça e Cidadania. Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990: dispõe sobre **Código de defesa do consumidor.** Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm)>. Acesso em: 03 abr.2017.

\_\_\_\_\_.Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Lei nº 13.152 de 2015: Dispõe sobre **Salário mínimo de 2017.** Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/noticias/nota-a-imprensa-reajuste-do-salario-minimo-2017>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério de Estado do Trabalho e Emprego. Portaria nº 397, 09 de outubro de 2002: Dispõe da **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO.** Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=0B39D1C37DB8698344DE88D500EF8E3B.proposicoesWeb2?codteor=382544&filename=LegislacaoCitada+-INC+8189/2006](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=0B39D1C37DB8698344DE88D500EF8E3B.proposicoesWeb2?codteor=382544&filename=LegislacaoCitada+-INC+8189/2006)>. Acesso em: 7 maio.2017

BROCA, PV.; MAF. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.1, p. 97-03, 2012.

BROCHADO, JIV. **Xerostomia e produção de saliva artificial na doença oncológica.** 2014. 79f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico.** Tradução Jose Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 4v.

BULECHEK GM, Butcher HK, Dochterman JM. **NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 944 p.

CAFÉ, S. **O livro das atitudes.** Ilustrações Neide Innecco. 21. Reimpressao. São Paulo: Pensamento, 2012,147p.

CALDEIRA, S.; BRANCO, ZC.; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v. 3, n. 5, p.145- 2, 2011.

CARPENITO, LJ. **Planos de cuidado de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**. Tradução Regina Machado Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011, 832p.

CARMO, OA. Os homens e a construção e reconstrução da identidade de gênero. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, VII.; 2010, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: UNESP. 2010. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

CARRO, CZ.; MORETI, F.; PEREIRA, JMM. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, v.29, n°1, p.178-184, 2017.

CARVALHO ACG de S, Castro Filho F M de, Sousa F B, Magro--Filho O, Romio K B, Nogueira R L M. Reabilitação bucal imediata após maxilectomia parcial: relato de caso. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco Maxilo Facial**, Camaragibe, v. 9, n. 2, p 33-8, 2009.

CARVALHO, CRV. Atuação de enfermagem diante da ferida cirúrgica infectada. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, VI, n.18, p. 69-73, 2008.

CARVALHO, V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências - uma contribuição para a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p. 420-428, 2003.

CASTRO, CO., TOCANTINS FR. Necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, Rio de Janeiro, v.2, n. ed.supl, p. 813-816, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1141>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

CASATI MFM.; et.al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 41, n.4, p. 186-191, 2012.

CAVALCANTI, JRD.; et al. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-34, 2014.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano 1 Artes de fazer**: 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.320p.

\_\_\_\_\_. **The practice of everyday life**. Steven Rendall, University of California Press, Berkeley, 1984.

CEZAR, AT.; JUCÁ-VASCONCELOS, HP. Diferenciando sensações, sentimento e emoções: uma articulação com a abordagem gestáltica. **Revista do Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p.4-14, 2016. Disponível em: <<https://www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php?id=2954&article=492&mode>>. Acesso em: 24 ago.2016.

CHRISTÓFORO, BEB.; CARVALHO, DS. Cuidado de enfermagem realizado ao paciente cirúrgico no período préoperatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 14-22, 2012.

COELHO MJ. Tipologia dos cuidados de enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 745-751, 2006.

\_\_\_\_\_. Cuidados cotidianos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 712-8, 2010.

CONNELL, R.W. **Masculinidades**, University of California Press: Berkeley, 1995. 295p.

\_\_\_\_\_. La organización Social de la masculinidad. **Isis Internacional** – Ediciones de las mujeres, n. 24. p.31-38, 1997.

\_\_\_\_\_. **The men and the boy**. Bereley. Los Angeles, University of California Press, 2000.

\_\_\_\_\_. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.21, n.1, p. 241- 282, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos** (Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012). Diário Oficial da União 13/06/2013, seção 1 p.59.

COCATO, ACF.; et al. Fatores de risco da fistula faringocutânea em pacientes laringectomizados. **Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia - ESTIMA**, São Paulo, v.13, n.3, 2015. Não paginado. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/109>>. Acesso em: 21 abr.2017.

CORSO, NAA.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem para acompanhamento ambulatorial de pacientes com esclerose múltipla. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 750-755, 2013.

COSTA, MGST.; et al. Perfil assistencial do ambulatório de fisioterapia no câncer de cabeça e pescoço, unidade I - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 229 -232,2007.

COUTO, MT.; et al. O homem na atenção primária a saúde discutindo invisibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

DAHER, JL. **Análise da qualidade de vida, voz e deglutição no paciente com câncer de cabeça e pescoço pré e pós-tratamento oncológico**. 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, São Paulo, 2013.

DANTAS, FRA.; et al. Contribuição do lazer no processo de hospitalização: um estudo de caso sobre os benefícios do projeto risoterapia. **Licere**, Belo Horizonte, v.17, n.2, 2014.

DELEYIANNIS, FW.; et al. Quality of life of disease-free survivors of advanced stage III ou IV oropharyngeal cancer. **Head Neck**, Weinheim, v. 19, n.6, p. 466-73,1997.

DENG,J.; et al. Lymphedema in patients with head and neck cancer. **Oncology Nursing Forum**, Estados Unidos, v. 38, n.1, p.1-10, 2011.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.5 , p. 754-7, 2005.

EVANGELISTA, CB.; et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, nº1, p.176-182, 2016.

FALQUETO, J.; FARIAS,J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: Relato de uma experiência de aplica o em estudo na área de administra o. In: CONGRESSO IBERO AMERICANO EM INVESTIGA O QUALITATIVA, 5., 2016, [S.I]. **Anais eletrônicos...** Portugal: 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1001>> . Acesso em: 22 abr. 2017.

FALCÃO, DP.; et al. Sialometria: aspectos de interesse clínico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 53, n.6, p. 525-31, 2013.

FARRELL, A. M. Insufficient discriminant validity: A comment on Bove, Pervan, Beatty, and Shiu. **Journal of Business Research**, Estados Unidos, v. 63, n. 3, p. 324-327, 2010.

FERREIRA, ABH. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2272 p.

FERREIRA, RER.; SOARES, MRZ, e PIRES, MLN. De volta ao sono: aspectos comportamentais e cognitivos da insônia. In: HUBNER, MMC.; et al. **Sobre comportamento e cognição: avanços recentes das aplicações comportamentais e cognitivas**. Santo André: ESETEC, 2010. p.75-84.

FERRAZ, JP. **Perfil sensorial descritivo e direcionadores de preferência de sorvete de creme com fruto – oligossacarídeo e diferentes edulcorantes**. 2013.155f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Engenharia de Alimentos de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2013.

FILHO, MRM.; et al. Quality of life of patients with head and neck cancer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 79, n.1, p 82-8, 2013.

FOSTER, A. More than nothing: The lived experience of tracheostomy while acutely ill. **Intensive and Critical Care Nursing**, Londres., v.26, n.1, p.33-43. 2010.

FLECK, MPA.; et al. **A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais da saúde. Conceitos e aplicações do WHOQOL**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FLECK, MPA. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: PATRIK, DL. **A avaliação de qualidade de vida guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 28-39p.

FLECK, MPA. A qualidade de vida: visão geral do projeto WHOQOL. In: POWER, M. **A avaliação de qualidade de vida guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.49-73p.

FREITAS AAS, COELHO MJ. O processo saúde/doença/cuidado e o uso da cartilha educativa pelo paciente de traqueostomia de urgência. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 16., Jornada Nacional de História da Enfermagem 12., Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem 9., 2009, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009.1CD-ROM. p.28-29.

FREITAS, FV.; FILHO, LAR. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.15, n.36, p. 243-55, 2011.

FREITAS AAS, COELHO MJ, MENEZES MFB. Saúde do homem, masculinidades e a relação com o câncer de laringe: implicações para a enfermagem. **Revista de Pesquisa cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, Brasil. 2012 Disponível em:< [http://www.seer.uniro.br/index.php/cuidado\\_fundamental](http://www.seer.uniro.br/index.php/cuidado_fundamental)> . Acesso em: 21 abr. 2015. falta

FREITAS AAS, COELHO MJ, ZAGO, MMF. **Câncer de laringe em homens e o cuidado cotidiano**. Curitiba: CRV, 2013. 144p.

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

GALBIATTI, ALS.; RUIZ, MT.; MANIGLIA, JV.; et al. Head and neck cancer: genetic polymorphisms and folate metabolism. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 78, n.1, p. 132-39, 2012.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.184p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

GOMES, R.; NASCIMENTO, EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 901-111, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, EF.; REBELLO, LEFS. As representações das masculinidades e o ser homem. In: FAZENDO GÊNERO, CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8.; 2008, Florianópolis. **Anais...** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.p. 2-7.

GOMES, TABF.; RODRIGUES, FM. Qualidade de vida do traqueostomizado. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 199-05, 2010.

GONÇALES, MB., GABRIELLONI,MC., BARBIERI,M. Teste de Papanicolau: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 20, p. 539-44, 2008.

GOZZO, TO., LOPES, RR., PRADO, MAS., CRUZ, LAP., ALMEIDA, AM. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado as mulheres com câncer de mama. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.306-31, 2012.

GRIPPO, D. **Work Therapy**. Ilustrações de R.W.Alley. Tradução Paulo Bazaglia. 5.ed. São Paulo: Paulus, 2002. 35 p.

GROSSBACH I.; STRANBERG S.; CHLAN L. Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. **Critical Care Nurse**, United States, v.31,n.3, p.46-60, 2011.

GUYTON AC, Hall JE. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1171 p.



HADDAD, JGV.; et al. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n.2, p.145-155, 2011.

HASSAN,SJ., WEYMULLER,EA. Assessment of quality of life in head and neck patients. **Head Neck**. Weinheim, v.15, n. 6, p. 485-496, 1993.

HASHIBE, M.;et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers ,and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. **Journal of the National Cancer Institute**, United States, v. 99, n.10, p. 777-89, 2007.

HORTA, VA. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

HOUAISS, A.; VILLAR, MS.; FRANCO,FMM. **Mini dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003. 567p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Direitos sociais da pessoa com câncer: orientações aos pacientes**. 4. ed. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Traqueostomias: orientações aos pacientes**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. Rotinas internas do INCA**. Rio de Janeiro, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Projeto de Expansão da assistência oncológica**. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Rio de Janeiro, 2012.

JAEGER, M.; GROSSMANN,E. **Anatomia cirúrgica da cabeça e pescoço**. Rio de Janeiro: Di livros, 2013. 420 p.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar. 2006. 310p.

JENKINS J. Essential genetic and genomic nursing competencies for the oncology nurse. **Seminars in Oncology Nursing**, Nova York, v.27, n.1, p. 64-71, 2011.

JUNIOR, FM C. et al. Nova abordagem terapêutica da fistula quilosa cervical grave por meio da embolização do ducto torácico. **Revista Brasileira Cirurgia de Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 264-267, 2009.

JUNIOR, JMD.; NOBREGA, VKM.; MIRANDA, FAN. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 603-606, 2012.

JUNQUEIRA LC, Carneiro J. **Histologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2004. 556p.

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas qualitativa e quantitativa sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 82, p.180-257, 2013.

LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. 2010. 204f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Rio de Janeiro, 2010.

LARAWAY, DC.; ROGERS, SN. A structured review of journal articles reporting outcomes using the University of Washington Quality of Life Scale. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Nova York, v. 50, n.2, p. 122-131, 2012.

LAURENTI, R.; JORGE, MHPM.; GOTLIEB, SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V, 10, nº 1, 9p.35-46, 2005.

LEITÃO, BFB.; DUARTE, IV.; BETTEGA, PB. Paciente com câncer de cavidade bucal submetidos a cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 113-40, 2013.

LEME, CVD.; et al. Análise dos genes GSTM1 e GSTT1 em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.3, p.299-03, 2010.

LEE, J.; TANEJA, V.; VASSALLO, R. Cigarette smoking and inflammation: cellular and molecular mechanisms. **Journal of Dental Research**, United States v. 91, n. 2, p. 142-49, 2012.

LINO, AIA.; JESUS,CAC. Cuidado ao paciente com gastrostomia: Uma revisão de literatura. **Revista Estima**, São Paulo, v.11, n. 2 , 2013. Não paginado.

LIPPERT, L. **Cinesiologia clínica para fisioterapeutas: incluindo teste para auto avaliação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter,1996, 302 p.

LOWE, D.; ROGERS,SN. **Guidance for scoring and presentation. University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOLv4)**. United States, p.1-6, 2012. Disponível em: [https://www.hancsupport.com/sites/default/.../UW-QOL-update\\_2012.pd](https://www.hancsupport.com/sites/default/.../UW-QOL-update_2012.pd) >.Acesso em: 7 abr.2016.

MACIEL, SSSV.; et al. Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 38-45, 2012.

MACIEL, CTV.; et al. Análise da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe em hospital de referência na região sudeste do Brasil. **Revista CEFAC - Associação Brasileira de Motricidade Oro Facial**, Campinas, v. 15, n. 4, p. 932-940,2013.

MACHIN, R.; et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.11, p.4503-4512, 2011.

MANCOPES R.; et al. Relato de caso: a importância da atuação multiprofissional na laringectomia supracricóide. **Revista CEFAC - Associação Brasileira de Motricidade Oro Facial**, Campinas, v.15, n.5, p.1379-1386,2013.

MARINUS, MWLC.; et al. Validação de material educativo para alta hospitalar de pacientes com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 284-289, 2014.

MARIUSSI, ER.; VERMELHO SC. A sexualidade adulta: um estudo sobre a atuação do(a) psicólogo(a) desafios e contradições. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 67-6, 2014.

MARTINS, AM.; et al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v.14, n.2, p. 74-7, 2012.

MARTINEZ, JE.; GRASSI,DC.; MARQUES,LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.5, n.4, p.299-308, 2011.

MARQUES, RSO. et.al. Qualidade de vida em deglutição e câncer de cabeça e pescoço: revisão de literatura. **Revista Bahiana de Odontologia**, Bahia, v.8, n.1, p. 26-2, 2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/1260/0>>. Acesso em: 29 abr.2017.

MATIAS, IN.; CERQUEIRA TB.; CARVALHO,CMS. Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções do homem a partir do diagnóstico. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v.7, n.3, p.112-120, 2014.

MAYALL, RC. Posição do Brasil no consenso universal de linfologia. SIMPÓSIO DE LINFOLOGIA. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, Sociedade Brasileira de Angiologia e CirurgiaVascular v.3, n.1, p.57-59,2004. Disponível em: <<http://jvascbras.com.br/pdf/04-03-01/04-03-01-57/04-03-01-57.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

MELLO, GFS.; FARIAS,TP.; DIAS,FL.; et al. Gastrostomia endoscópica percutânea ambulatorial em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 38, n. 2, p. 93-7, 2009.

MENDONCA, VS; ANDRADE, AN. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. **Revista de Psicologia Política**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519549X2010000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2010000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 maio. 2017.

MENEZES, RM.; et al. Instrumentos utilizados no Brasil para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: Revisão integrativa. **Revista Saúde Universidade de Guarulhos**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 54-66, 2011.

MINAYO, MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, MCS.; DESLANDES,SF. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 308p.

MIRRACCA, RAA.; ANDRADE,S J.; GONÇALVES AJ. Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n.5, p. 297-302, 2007.

MOSTARDEIRO, SCTS.; et al. Cuidado de enfermagem ambulatorial a pacientes com alteração da imagem facial. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v 8, nº1, p 114-20, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9613/9590>> Acesso em: 25 fev. 2017.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.128p.

MOZZINI, CB. **Avaliação da funcionalidade do ombro, dor e qualidade de vida em pacientes submetidos a esvaziamento cervical e a resposta ao protocolo de reabilitação fisioterápica**. São Paulo. 2009. 210 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2009.

NASCIMENTO, ARA.; et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011.

NOBRE, M; WANDERLEY, B. **Prática clínica baseada em evidência**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 238p.

NOGUEIRA, HL.; NEVES,JB. Prevenção do câncer da próstata: atuação dos enfermeiros nas Unidades de Atenção Primária a Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste, v.6, n.1, p.1098-1109,2013.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem definições e classificações - 2015-2017**. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Versão ampliada, atualizada e revisada. Porto Alegre: Artmed, 2015. 488p.

NORRIS, G. **Convite ao silêncio: princípios universais da meditação**. Tradução não especificado. Nova Era. 2007. 98p.

OLIVEIRA, NHD. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. São Paulo: UNESP, 2009. 236 p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/965tk/01> > .Acesso em: 29 abr.2017.

OLIVEIRA RM,; et al. Medição da dor na prática clínica de enfermagem. Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.8, n.8, p.2872-82, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9996/10356> >. Acesso em: 30 abr.2017.

OLIVEIRA, SC.; LOPES, MVO.; FRENANDES,AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22 n.4, p. 611-20, 2014.

OLIVEIRA, MR.; JUNGES JR. Saúde mental e espiritualidade-religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.17, n°3, p. 469-6,2012.

OLIVEIRA, GR.; et al. A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n.28, p.208-212, 2013.

OLIVEIRA FP; et al. Perfil nutricional de pacientes com câncer de cavidade oral em pré-tratamento antineoplásico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.61, n. 3, p. 253-259, 2015.

OLIVEIRA, LCS.; VIEIRA,CA.; MOTA,MHM.; et al. identificação das mudanças na mastigação e deglutição de indivíduos submetidos à glossectomia parcial. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n.4, p. 338-43, 2008.

OLIVEIRA, RJ. Integralidade da assistência um desafio para a saúde pública. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Paraná, v.3, n. 2, p.50-61, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Depressão é tema de campanha da OMS para Dia Mundial da Saúde de 2017**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-dia-mundial-da-saude-de-2017/>> . Acesso em: 26 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: <<https://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> . Acesso em: 14 abr.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The WHOQOL Group 1993. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 10:1403-1409.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008. **Dia Nacional da Saúde do Homem**. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4355:dia-nacional-da-saude-do-homem-3&Itemid=820](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4355:dia-nacional-da-saude-do-homem-3&Itemid=820)> . Acesso em: 6 mar. 2017.

PALEFSKY, JM., HOLLY B F., NATALIE, M. HPV in men is a women's health issue. **Nursing for Women's Health**, Boston v. 16, n.1, p.57-65, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900728>> . Acesso em: 02 maio. 2016.

PARKER,V.; et al. The experiences of head and neck cancer patients requiring major surgery. **Cancer Nursing**, United States, v.37, n. 4, p. 263-70, 2014.

PASSOS, SSS. SADIGUSKY, D. Cuidado de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 598-03, 2011.

PAZ, IA.; et al. Terapia complexa descongestiva no tratamento intensivo do linfedema: revisão sistemática. **Fisioterapia Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n.3, p. 311-7, 2016.

PENHA, RM.; SILVA, MJP. Significado de espiritualidade para enfermagem em cuidado intensivo. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n.2, p. 260-68, 2012.

PEREIRA, SRM.; et al. Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.4, p.338-44, 2013.

PEREIRA ATG, FORTES IFL, MENDES JMG. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.7, n.1, p. 227-35,2013.Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10226> > . Acesso em: 6 ago.2016.

PINTO, AC.; et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista Saúde. Com.**, Santa Catarina, v.1, n.2, p.114-122,2015. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/Rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/263>> Acesso em:2 maio.2017.

PINTO IC.; et al. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 5,p. 909-916, 2012.Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48632> > . Acesso em: 2 maio.2017.

POPE, C., MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. In: CATHAIN, AO., THOMAS K. **Combinando métodos qualitativos e quantitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.117-126p.

RAZERA, APR.; et al. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá v.13, n.1, p. 173-178, 2014.

REBERTE, LM., HOGA,LAK., GOMES,ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, p. 101-108, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_14](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14) . > Acesso em: 01 maio. 2017.

TEIXEIRA, RB.; RESCK, ZMR. Os sentimentos da clientela assistida com atividades lúdicas durante a sessão de hemodiálise. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p.120-6, 2011.

RICZ, HMA.; et al. Traqueostomia. **Revista de Medicina da Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, v.44, n.1, p. 63-69, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47337/51073> > .Acesso em: 02 maio.2016.

ROCHA, OKMS.; OLIVEIRA,ACM.; BONAN,PRF. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço em um hospital de referência em Piracicaba São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2,p.155-160, 2013.

ROGERS, SN.; et al. The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington Quality of life scale. **Head Neck**, weinheim, v.24, n. 6, p. 521-9,2002.

ROSA RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-51, 2011.

SAND,ICPV.; et al. Produção do conhecimento em enfermagem a luz dos campos sociais e dos espaço quadripolar da pesquisa: um exercício reflexivo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p.1187-96, 2013.

SANTOS, MF.; et al. Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva genética e genômica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p.526-33, 2013.

SANTOS, TR.; et al. Perfil socioeconômico-demográfico do beneficiário do Instituto Nacional do Seguro Social aposentado por invalidez e suas causas, no estado da Paraíba, no quinquênio 2007-2011. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 349-359, 2012.

SANTOS, RA.; et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: Relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, nº 1, p. 21-29, 2012.

SANTOS, AK.; RIBEIRO,APG.; MONTEIRO,S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.18, n.40, p.205-18,2012.

SANTANA, ME., SAWADA,NO. Fístula faringocutânea após laringectomia total: revisão sistemática. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.4, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_19.pdf)>. Acesso em: 06 mar. 2017.

SAWADA, NO. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2002. 82f. Tese (Livre Docente) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SATTLER, AC.; CADE, NV. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 255-64,2013.

SCANNAVINO, CSS.; et al. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de barretos. **Psicologia Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 35-53, 2013.

SCHIMIGUEL, J.; et al. O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Saúde Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 39, p. 47-57, 2015.



SCHRAIBER, LB.; et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária de cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-970, 2010.

SCHWARZ, E.; et al. Política de saúde do homem. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. supl, p.108-16,2012.

SILVA, ANB.; Elaboração de material didático para educação em saúde direcionado para hipertensão arterial. **Revista de Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v. 41, n. 1,p.175-184, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/14933> > . Acesso em: 2 maio. 2017.

SILVA, MS.; CASTRO, EK.; CHEM, C. Qualidade de vida e autoimagem de paciente com câncer de cabeça e pescoço. **Universitas Psychologica**, Colombia, v.11,n.1,p 13-23, 2012.

SILVA, LBM. Um estudo de masculinidades e trabalho campeiro na cidade. **Habitus**, Goiânia,v.12, n.1, p.191-92, 2014.

SILVA, RCV.; CRUZ, EA. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** , v.15, n.1, p.180-185, 2011.

SILVA, RL.; SANTOS,FS.; RAPHAEL,ML. Carta internacional de educação para o lazer como ferramenta de intervenção pedagógica efetiva no campo do saber. **Revista Pensar a Prática**, Universidade Federal de Goiás, v. 9, n. 1, p. 117-131, 2006.

SILVEIRA, A. et al. Oncologia de cabeça e pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 38-8, 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR ABSOLUTE. **Software**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Hospital de Câncer I, 2002.

SO WK, et al. Quality-of-life among head and neck cancer survivors at one year after treatment—a systematic review. **European Journal of Cancer**, Nova York, v.48, n.15, p.2391-2408, 2012.

SOARES, LSB.; POLEJACK,L. Comunicação em saúde percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 30-7, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. **Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital** Disponível em: <[http://www.dor.org.br/profissionais/5\\_sinal\\_vital.asp](http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp). > Acesso em: 23 fev.2017.

STORINO, LP.; SOUZA, KV.; SILVA, KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Escola Anna Ney Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 638-45, 2013.

TAGLIAMENTO, G.; TONELI, MJ. Não trabalho e masculinidades produzidas em contextos familiares de camadas médias. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.22, n. 2, p 345-54, 2010.

TEIXEIRA, ER.; FIGUEIREDO, NMA. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo uma perspectiva estética na prática de enfermagem**. Niterói: Editora UFF, 2001. 181p.

TEIXEIRA, RB RESCK, ZMR. Os sentimentos da clientela assistida com atividades lúdicas durante a sessão de hemodiálise. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n. 1, p. 120-126, 2011.

UGARTE, ON.; ACIOLY, MA. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v.41, n.5, p.274-277, 2014. Disponível em < [http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt\\_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf) > . Acesso em 03 maio. 2016.

VARTANIAN, JG.; et al. Brazilian-Portuguese Validation of the University of Washington Quality of life Questionnaire for patients with head and neck cancer. **Head Neck**, Weinheim, v. 28, n.12, p. 1115-1121, 2006.

\_\_\_\_\_. CARVALHO AL.; et al. Questionários para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Revista Brasileira de cirurgia de cabeça e pescoço**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 108-115, 2007.

VENY, MB. ; et al. Tabagismo em enfermeiras de cuidado primários à saúde: um estudo qualitativo. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 6, [09 telas] 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_22.pdf) > . Acesso em :01 maio. 2017.

VILELA, JS.; et al. Influência do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes. **Revista Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 26, n. 1, p. 18-45, 2015.

VICENZI, A.; et al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e a família. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.3, n.3, p. 409-416, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816>> . Acesso em: 02 maio. 2017

VIEIRA, AC.; AGUIAR, ZST.; SOUZA, FV. Tabagismo e sua relação com câncer bucal: uma revisão de literatura. **Revista Bionorte**, Monte Claros, v.4, n°.2, p. 9-18, 2015.

VIEIRA, DO.; MONTEIRO,E. Intervenções dos terapeutas da fala nas sequelas de cirurgias de tumores de cabeça e pescoço. **Cadernos de Comunicação e Linguagem**, [S.I], p. 101-117, 2009. Disponível em: < <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2880/3/101-117.pdf> > . Acesso em: 2 maio.2017

VOLKWEIS, MR.; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Porto Alegre, v.14, n.2, p. 63-70, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs(SRPB)**. Report on WHO consultation. MNH/MAS/MHP/98.2 WHO, Genebra, 1998. 22 pp.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2006 **Saúde sexual e reprodutiva**. Disponível em:<[http://ww.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health/en/](http://ww.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/)> . Acesso em: 15 abr.2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Escala de dor 1986**. Disponível em: < <http://www.who.int/> >. Acesso em: 7 maio. 2016.

YILDIRIM, Y,. KOCABIYINK, S. A relação entre suporte social e solidão em pacientes turcos com câncer. **Journal of Clinical Nursing**, Hoboken, v. 19, n.5, p. 832-839, 2010.

XAVIER, ATF.; et al. Análise de gênero para adoecer de câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63 n.6, p. 921-926, 2010.

ZILLMER, JGV.; et.al. Caracterização dos clientes em tratamento radioterápico em um serviço no Sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.3, n. 2, p. 315-325,2013. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8595> >. Acesso em: 02 maio. 2017

**APÊNDICES****APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução CNS nº 466/2012. Conselho Nacional de Saúde  
PARTICIPANTES: HOMENS ADULTOS

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

**CONSTRUÇÃO DE UM MATERIAL EDUCATIVO COMO INSTRUMENTO DE  
CUIDADO AOS HOMENS COM NEOPLASIAS DE LARINGE, FARINGE E BOCA,  
EM TRATAMENTO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO.**

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar de um estudo de Enfermagem que envolve os cuidados clínicos à saúde dedicado aos homens com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico oncológico. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento.

Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com o pesquisador responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos.

Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável. Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

Este estudo pretende ampliar e renovar o conhecimento técnico-científico e a discussão na área de Enfermagem acerca deste assunto fundamental para a estruturação do cuidado clínico de enfermagem e a construção de um material educativo com a participação efetiva dos homens com neoplasias de cabeça e pescoço, para uma prática assistencial de qualidade, que busque resultados eficazes nos cuidados clínicos à saúde masculina.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável

**PROPÓSITO DA PESQUISA:**

- ✓ Identificar as demandas de cuidado à saúde dos homens com neoplasias de laringe, faringe e boca, em tratamento cirúrgico oncológico.
- ✓ Avaliar os domínios associadas à qualidade de vida dos homens com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento cirúrgico oncológico, a partir do questionário UW-QOL, versão 4.0.
- ✓ Articular as demandas de cuidado à saúde e os domínios associadas à qualidade de vida para a construção de uma cartilha educativa de cuidado à saúde do homem.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO**

Se você concordar em participar deste estudo, após sua autorização, faremos a coleta de dados em três momentos:

O primeiro momento será a entrevista semiestruturada com duração média 40 minutos, que será escrita sob autorização prévia dos participantes, garantindo especialmente a privacidade, o sigilo e a confidencialidade sobre a sua identidade e de todos os participantes deste estudo. A entrevista será gravada em aparelho de MP4, posteriormente transcritas na íntegra.

O segundo momento será a aplicação de um questionário de qualidade de vida com duração média de 20 minutos, para avaliar a qualidade de vida dos homens com câncer de cabeça e pescoço em tratamento cirúrgico oncológico, e posteriormente analisado de acordo com a literatura de Enfermagem e ciências afins;

O terceiro e último momento será a validação dos dados gerados pela pesquisa sob a ótica dos participantes do estudo, para então construir um material educativo para os homens com neoplasias de cabeça e pescoço.

**BENEFÍCIOS**

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá, não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o cuidado clínico de Enfermagem oncológica beneficiem outros pacientes com neoplasias de laringe, faringe e boca.

---

Rubrica do participante ou  
representante legal

---

Rubrica do investigador  
responsável

## **RISCOS**

Os riscos adicionais, envolvendo sua saúde, ao participar da entrevista são inerentes às informações prestadas. Pode ocorrer a possibilidade de fragilidade emocional, nesse caso a pesquisadora responsável pelo estudo poderá interromper momentaneamente, suspender ou dar continuidade as entrevistas, de acordo com o consentimento do participante. Neste caso, é garantido a você o livre arbítrio para prosseguir a entrevista ou não.

## **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados, sem sua identificação.

Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

## **TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS**

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.

## **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição.

Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e imediatamente interrompida.

## **ACESSO AOS RESULTADOS**

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia.

---

Rubrica do participante ou  
representante legal

---

Rubrica do investigador  
responsável

## GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas.

Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Neste caso, por favor, ligue para Ana Angélica de Souza Freitas pesquisadora responsável nos telefones (21) 9-7408-9183 das 08 às 20h qualquer dia da semana ou (21) 3207-1245, enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço localizada no 6º andar ala B do Hospital do Câncer I ou no e-mail: [souzaaafreitas@yahoo.com.br](mailto:souzaaafreitas@yahoo.com.br) ou pela Profa. Dra. Maria José Coelho tel: (21) 99945-2931 ou e-mail: [zezecoelho@yahoo.com.br](mailto:zezecoelho@yahoo.com.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam à participar destes.

Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende Nº128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br).

Ou ainda, junto ao CEP- Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro pelo telefone (21) 2293-8148- Ramal: 228 ou pelo e-mail [cepeanhasfa@gmail.com](mailto:cepeanhasfa@gmail.com)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

---

Rubrica do participante ou  
representante legal

---

Rubrica do investigador  
responsável

## CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito dessa pesquisa assim como os benefícios e riscos potenciais da participação da mesma. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros que não serei submetido a nenhum exame adicional para participar desta pesquisa e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (se necessário)	/ / Data

Por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE B – ROTEIRO: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Instruções:** As perguntas foram formuladas pela pesquisadora oralmente e por escrito.

1. O senhor já ouviu falar sobre a PNAISH?
- 2-. O que o senhor sabe sobre seu problema de saúde?
3. O que o senhor sabe sobre a cirurgia que fez?
4. O que é qualidade de vida para senhor antes da cirurgia?
5. O que é qualidade de vida para senhor depois da cirurgia?
  
6. Quais foram às necessidades de cuidado clinico a saúde depois da cirurgia?
  - 6.1 Quanto ao cuidado clinico com a cânula de traqueostomia?
  - 6.2 Quanto ao cuidado clinico com a sonda para alimentação?
  - 6.3 Quanto à vida íntima?
  - 6.4 Quanto à ferida operatória?

## ANEXOS

### ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Universidade de Washington – UW-QOL, 1993.

Validado para língua portuguesa – Vartanian, (2006 versão 4.0), Brasil.

Este questionário aborda questões relativas à sua saúde e percepção de qualidade de vida nos últimos três meses. Por favor, responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

#### 1- Dor (marque uma alternativa):

100 ( ) Eu não tenho dor;

075 ( ) Há dor leve, não necessitando de medicação;

050 ( ) Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente;

025 ( ) Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados;

000 ( ) Eu tenho dor severa, não controlada por medicação.

#### 2- Aparência (marque uma alternativa):

100 ( ) Não há mudança na minha aparência;

075 ( ) A mudança na minha aparência é mínima;

050 ( ) Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo;

025 ( ) Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido à minha aparência;

000 ( ) Eu não posso estar com outras pessoas devido à minha aparência.

#### 3- Atividade (marque uma alternativa):

100 ( ) Eu estou tão ativo quanto sempre estive;

075 ( ) Existem momentos em que não consigo manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente;

050 ( ) Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades, embora eu ainda saia de casa;

025 ( ) Eu não saio de casa porque eu não tenho forças;

000 ( ) Eu geralmente fico na cama ou na cadeira, e não saio de casa.

#### 4- Recreação (marque uma alternativa):

100 ( ) Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa;

075 ( ) Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir;

050 ( ) Há muitas vezes que eu gostaria de fazer fora de casa, mas eu não estou bem para isso;

025 ( ) Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto televisão;

000 ( ) Eu não posso fazer nada agradável.

**5- Deglutição** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Eu posso engolir tão bem como sempre;  
067 ( ) Eu não posso engolir algumas comidas sólidas;  
033 ( ) Eu posso engolir somente comidas líquidas;  
000 ( ) Eu não posso engolir, porque desce errado e me sufoca.

**6- Mastigação** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Eu posso mastigar tão bem como sempre;  
050 ( ) Eu posso comer alimentos sólidos leves, mas não consigo mastigar algumas comidas;  
000 ( ) Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves.

**7- Fala** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Minha fala é a mesma de sempre;  
067 ( ) Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras, mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone;  
033 ( ) Somente minha família e amigos podem me compreender;  
000 ( ) Eu não sou entendido pelos outros.

**8- Ombro** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Eu não tenho problemas com meu ombro;  
067 ( ) Meu ombro é endurecido, mas isto não afeta minha atividade ou força;  
033 ( ) Dor e fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho;  
000 ( ) Eu não posso trabalhar devido a problemas em meu ombro

**9- Paladar** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Eu sinto o sabor da comida normalmente;  
067 ( ) Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente;  
033 ( ) Eu posso sentir o sabor de algumas comidas;  
000 ( ) Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

**10- Saliva** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Minha saliva é de consistência normal;  
067 ( ) Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda o suficiente;  
033 ( ) Eu tenho muito pouca saliva;  
000 ( ) Eu não tenho saliva.

**11- Humor** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Meu humor é excelente e não foi afetado pelo meu câncer;  
075 ( ) Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente;  
050 ( ) Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer;  
025 ( ) Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer;  
000 ( ) Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

**12- Ansiedade** (marque uma alternativa):

- 100 ( ) Eu não estou ansioso por causa do meu câncer;  
 067 ( ) Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer;  
 033 ( ) Eu estou ansioso por causa do meu câncer,  
 000 ( ) Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos três meses?

Marque (X) em até três alternativas:

- |               |                |             |               |
|---------------|----------------|-------------|---------------|
| ( ) dor       | ( ) recreação  | ( ) fala    | ( ) saliva    |
| ( ) aparência | ( ) deglutição | ( ) ombro   | ( ) humor     |
| ( ) atividade | ( ) mastigação | ( ) paladar | ( ) ansiedade |

**Questões gerais:**

1 – Comparando com o mês anterior ao desenvolvimento do câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde? Marque uma alternativa:

- ( ) muito melhor  
 ( ) mais ou menos o mesmo  
 ( ) um pouco melhor  
 ( ) um pouco pior  
 ( ) muito pior

2 – Em geral, o que você poderia dizer sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos três meses? Marque uma alternativa:

- ( ) excelente  
 ( ) boa  
 ( ) ruim  
 ( ) muito boa  
 ( ) média  
 ( ) muito ruim

3 – De um modo geral, a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores – tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal – que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem estar-pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral nos últimos três meses. Marque uma alternativa

- ( ) excelente  
 ( ) boa  
 ( ) ruim  
 ( ) muito boa  
 ( ) média  
 ( ) muito ruim

Por favor, escreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas.

---

---

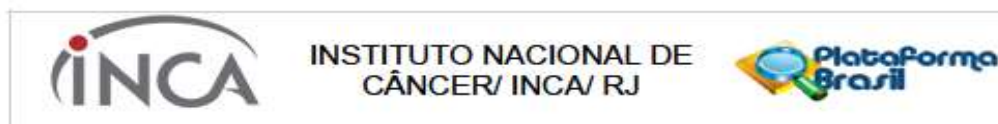
---

---

---

---

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** "Construção de um material educativo como instrumento de cuidado a saúde dos homens com neoplasias de laringe, faringe e boca em tratamento oncológico"

**Pesquisador:** Ana Angelica de Souza Freitas

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52647116.4.3001.5274

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.410.677

**Apresentação do Projeto:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP-INCA número 1.370.340, datado de 16 de dezembro de 2015.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP-INCA número 1.370.340, datado de 16 de dezembro de 2015.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP-INCA número 1.370.340, datado de 16 de dezembro de 2015.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

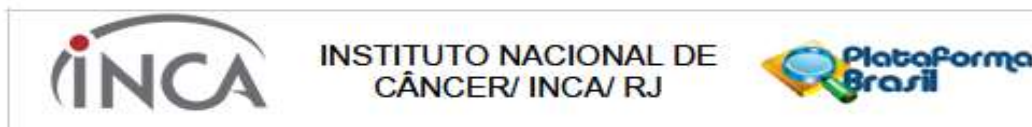
Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP-INCA número 1.370.340, datado de 16 de dezembro de 2015.

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

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP-INCA número 1.370.340, datado de 16 de dezembro de 2015.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.410.677

**Recomendações:**

Não se aplica.

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

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado CEP-INCA número 1.370.340, datado de 16 de dezembro de 2015:

1. Quanto ao Projeto de Pesquisa, documentos Projeto.doc e PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_553594.pdf postados em 12/10/2015:

**PENDÊNCIA 1.1** Esclarecer o local de recrutamento (convite) dos pacientes para participarem do Estudo seguida da assinatura do TCLE, na internação em pré-operatório, ou no ambulatório na revisão pós-operatória. Solicita-se adequação.

**RESPOSTA** – O local de recrutamento convite dos pacientes para participarem do estudo seguido com a assinatura do TCLE será no ambulatório de Enfermagem de cirurgia de cabeça e pescoço do INCA na consulta de revisão de pós-operatório.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

**PENDÊNCIA 1.2** Acrescentar como critério de inclusão os participantes devem ter um grau de escolaridade adequado para que possam ler, compreender e preencher o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), versão 4.0. Solicita-se adequação.

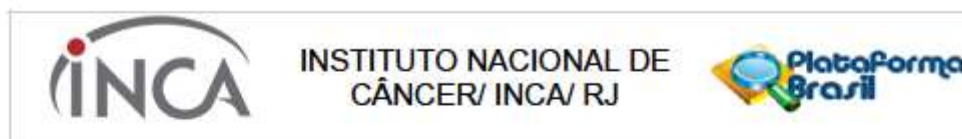
**RESPOSTA** - No critério de Inclusão os participantes devem ter o grau de escolaridade adequado no sentido de ler, compreender e preencher o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), versão 4.0; isto é nível de escolaridade ao ensino fundamental e/ ou médio.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

**PENDÊNCIA 1.3** Acrescentar como critério de exclusão participantes analfabetos. Solicita-se adequação.

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 126 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.410.677

RESPOSTA – No critério de Exclusão serão excluídos os participantes analfabetos e analfabetos funcionais.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 1.4 No trecho que destaca sobre o Folheto de Orientação n°311 2ª Edição - INCA onde se Lê "As partes que compõem a cânula de traqueostomia de metal dividem-se em cânula e subcânula". Rever pois o texto original temos: "As partes que compõem o tubo traqueal de metal dividem-se em cânula e subcânula". Solicita-se adequação.

RESPOSTA – No projeto de pesquisa que destaca o Folheto de Orientação n° 311 2ª Edição – INCA modificou-se para o texto original: "As partes que compõem o tubo traqueal de metal dividem-se em cânula e subcânula".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 1.5 Apresentar documento de Autorização para a utilização do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), versão 4.0 no Estudo. Solicita-se adequação.

RESPOSTAS -

1º) resposta datado do dia 28 de dezembro de 2015 via e-mail do autor Vartanian Jose Guilherme. (EM ANEXO)

2º) artigo publicado na revista Head & Neck – DOI 10.1002/hed December 2006 1115- 1121- Brazilian –Portuguese validation of the university of Washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. Vartanian, Jose Guilherme et. al. (EM ANEXO)

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

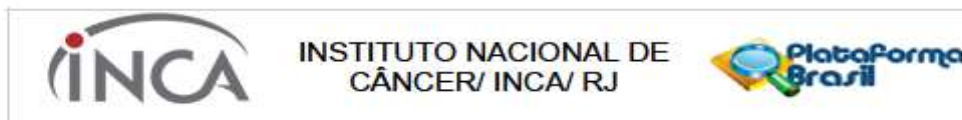
2. Quanto ao APÊNDICE D – ROTEIRO: ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA:

PENDÊNCIA 2.1 Uniformizar o mesmo pronome de tratamento (senhor) em todas as perguntas. Solicita-se adequação

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.410.677

RESPOSTA - Foi uniformizado o mesmo pronome de tratamento (senhor) em todas as perguntas no roteiro de entrevista semi estruturada.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2.2. Substituir o termo "instrumento de cuidado" por equivalente de fácil compreensão para o participante. Solicita-se adequação.

RESPOSTA - Foi substituído o termo "instrumento de cuidado" por material educativo para facilitar a compreensão dos participantes.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

PENDÊNCIA 3.1 O TCLE é um documento que deve ser redigido em linguagem clara, objetiva e acessível à compreensão leiga, pois o emprego de termos técnicos pode reduzir a autonomia decisória do participante de pesquisa (Resolução CNS 466/2012, item IV). Termos e expressões como "avaliar os domínios associados"; "imagéticos"; "sob a ótica..."; "risco emocional"; dentre outros devem ser evitados ou substituídos por termos ou expressões mais simples ou ser acompanhados de uma breve explicação logo após a citação. Solicita-se adequação.

RESPOSTAS: No TCLE os termos e expressões a seguir foram suprimidas, adequando o texto:

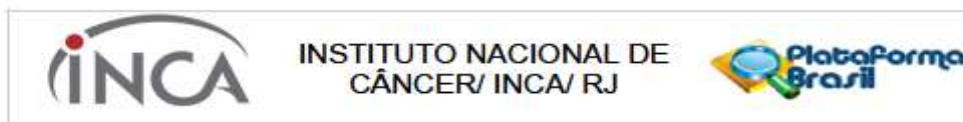
- A) "avaliar os domínios associados" - retirado
- B) "imagéticos" - retirado
- C) "sob a ótica" - retirado
- D) "risco emocional" - retirado

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3.2 Colocar o que é um CEP, bem como endereço e horário de Funcionamento do CEP-INCA. Na página do CEP-INCA há modelo para adaptação conforme estudo a ser realizado.

Endereço: RUA DO RESENDE, 126 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.410.677

Solicita-se adequação.

RESPOSTA - Foi incluído no TCLE, a definição de CEP – Conselho de Ética em Pesquisa, e colocado o endereço do CEP-INCA Rua do Resende, 128 – sala 203. Bairro Centro. Rio de Janeiro. Município Rio de Janeiro. Horário de funcionamento de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3.3 - Esclarecer sobre o risco emocional e como irá minimizá-lo, caso haja encaminhamento ao Serviço de Psicologia o mesmo deverá ter anuência do estudo e a Chefia assinar o Formulário para Submissão de Estudos no INCA. Solicita-se adequação.

RESPOSTA 3.3 – Risco emocional - caso ocorra, com os participantes da pesquisa e observado durante a coleta de dados pela pesquisadora principal esses, serão encaminhados ao serviço de psicologia do INCA, conforme anuência desse serviço. (EM ANEXO).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3.4 Esclarecer qual o tempo de duração da entrevista e o local onde será realizada. Solicita-se adequação.

RESPOSTA – O tempo de duração de cada entrevista terá em media 30 minutos e o local para realiza-la será a sala de Consulta de Enfermagem no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço/ INCA-RJ.

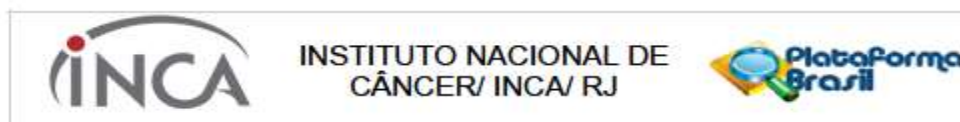
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3.5 Retirar a frase "a pesquisa terá duração de dois anos", substituir apenas pelo período de duração da entrevista. Solicita-se adequação.

RESPOSTA - Foi retirada a frase "a pesquisa terá duração de dois anos", e substituída por período de duração de 10 meses ininterruptos para a entrevista.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.410.677

ANÁLISE: PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

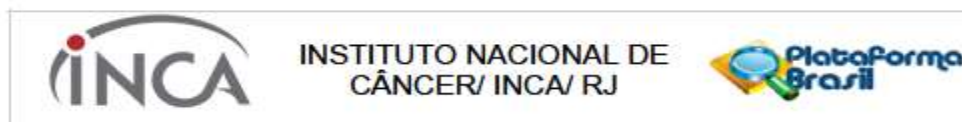
Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_654668.pdf	21/01/2016 16:23:02		Aceito
Outros	CEPquestionarioqualidadedevida.docx	21/01/2016 16:20:31	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPcartadeencaminhamentoEEAN.pdf	21/01/2016 16:15:53	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPINCACartaPendencias2016.docx	21/01/2016 16:13:47	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPentrevista.docx	21/01/2016 16:11:15	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	artigopagina6.pdf	21/01/2016 16:09:27	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	artigopagina5.pdf	21/01/2016 16:08:01	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	artigopagina4.pdf	21/01/2016 16:06:43	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	artigopagina3.pdf	21/01/2016 16:01:49	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	artigopagina2.pdf	21/01/2016 16:00:18	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	artigopagina1.pdf	21/01/2016 15:58:39	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	ArtigoqualidadedevalidacaoBrasil.pdf	21/01/2016 15:56:38	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPcartadevalidacaoqualidadedevida.pdf	21/01/2016 15:51:05	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPformulariodesubmissaoprojeto4.pdf	21/01/2016 15:41:54	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPformulariodesubmissaoprojeto3.pdf	21/01/2016 15:40:15	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 126 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.410.577

Outros	CEPformulariodesubmissaoprojeto2.pdf	21/01/2016 15:38:01	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Outros	CEPformulariodesubmissaoprojeto1.pdf	21/01/2016 15:36:26	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEPTCLE2016.docx	21/01/2016 15:29:29	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPPROJETODETALHADO.docx	21/01/2016 15:28:31	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Orçamento	CEPORCAMENTOFINANCEIRO.doc	21/01/2016 15:21:02	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CEPdeclaracoespesquisador.pdf	21/01/2016 15:20:07	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Cronograma	CEPCRONOGRAMA.docx	21/01/2016 15:18:10	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Brochura Pesquisa	CEPProjeto.doc	21/01/2016 15:14:15	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	21/01/2016 15:07:03	Ana Angelica de Souza Freitas	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Carlos Henrique Debenedito Silva  
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 126 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: oep@inca.gov.br