

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DEYSE BORGES

**A VISÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À ALTERAÇÃO DA IMAGEM
CORPORAL DO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Porto Alegre

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DEYSE BORGES

**A VISÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À ALTERAÇÃO DA IMAGEM
CORPORAL DO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito para obtenção
do título de Enfermeiro pela Escola de
Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Pinto
Coelho Gorini

Porto Alegre

2010

RESUMO

O câncer caracteriza-se por diversas anormalidades fenotípicas, mas a perda de regulação do ciclo celular é o fator determinante para a formação do tumor. Para que o tratamento do câncer de cabeça e pescoço evite problemas psicossociais, em decorrência das deformidades físicas, o diagnóstico precoce é bastante importante. Deve-se considerar, além dos resultados de sobrevida, a qualidade de vida dos pacientes para a escolha da terapêutica a ser empregada. A enfermagem é expressa através do cuidado para garantir o alívio do sofrimento e a manutenção da dignidade em meio às experiências de saúde, doença, vida e morte. Para que o enfermeiro consiga envolver-se dessa maneira é necessário um preparo emocional do profissional que irá se expor e se colocar como uma ferramenta de trabalho para esse paciente. O presente trabalho teve como objetivo conhecer a visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo. As informações foram coletadas por meio de entrevistas realizadas com 20 enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com vivências no seu cotidiano junto à pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os dados foram analisados conforme a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). O projeto do presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG / HCPA) sob o número 100015 e aprovado em 20 de abril de 2010. Os achados deste estudo indicam que há uma problemática envolvida na relação entre paciente e enfermeiro. Espera-se que haja uma reflexão em busca do autoconhecimento e que a utilização dos resultados contribua para a qualidade da assistência e do ensino.

Descritores: enfermagem, câncer de cabeça e pescoço, imagem corporal.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1 – Caracterização da amostra | 17 |
| Quadro 2 – Visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço | 19 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 OBJETIVO | 9 |
| 3 CONTEXTO TEÓRICO | 10 |
| 4 METODOLOGIA | 13 |
| 4.1 Tipo de estudo | 13 |
| 4.2 Campo | 13 |
| 4.3 Amostra | 13 |
| 4.4 Coleta de Dados | 14 |
| 4.5 Análise dos Dados | 14 |
| 4.6 Aspectos Éticos | 15 |
| 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 16 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| REFERÊNCIAS | 28 |
| APÊNDICA A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 31 |
| APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados | 33 |
| ANEXO 1 – Parecer de Resolução da Aprovação/GPPG | 34 |

1 INTRODUÇÃO

A estimativa para o ano de 2010, segundo o Ministério da Saúde, é de que cerca de 500.000 pessoas em todo o território brasileiro desenvolvam algum tipo de câncer. Para a região sul, a estimativa é de mais de 100.000 novos casos durante o ano (BRASIL, 2009).

A denominação “câncer de cabeça e pescoço” inclui as neoplasias malignas de boca, laringe, faringe, cavidade nasal e tireóide, entre outros. O câncer da cavidade oral, por exemplo, terá 14, 25 casos novos em 2010 a cada 100.000 homens no Rio Grande do Sul. Ainda segundo o Ministério da Saúde, as gaúchas obterão uma taxa de incidência de 4, 38 casos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2009).

Problemas nos dentes, fala e deglutição podem ocorrer devido ao tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço. Para que o emprego da melhor opção terapêutica evite problemas psicossociais, em decorrência das deformidades físicas, o diagnóstico precoce é bastante importante. Deve-se considerar, além dos resultados de sobrevida, a qualidade de vida dos pacientes entre as modalidades terapêuticas empregadas (BRASIL, 2008).

Brandão et al (2004), afirmam que a formação da imagem corporal se inicia na infância e é transformada e modificada constantemente pelo indivíduo. Acontecem alterações e mudanças na imagem corporal, principalmente quando ocorrem crises, como por exemplo, doenças.

As alterações físicas e funcionais decorrentes do tratamento do câncer de cabeça e pescoço podem levar o paciente ao isolamento. Conduzem à marginalização social, redução das atividades de lazer e de participação nos grupos sociais, uma vez que alterações emocionais e da imagem corporal levam ao medo da rejeição e à solidão (BOCHI et al, 2008).

Segundo estudo realizado por Brandão et al (2004), é a partir de uma boa assistência ao paciente que haverá interferência na sua qualidade de vida e na utilização de seus recursos internos de enfrentamento à doença. Para tanto, a imagem corporal, suas representações e sua influência na formação da relação médico-paciente no processo do adoecer precisam ser melhor investigadas, para que possam fornecer subsídios para possíveis investigações nesta área (BRANDÃO et al, 2004).

Em meio às experiências de saúde, doença, vida e morte, a enfermagem é expressa através do cuidado para garantir o alívio do sofrimento e a manutenção da dignidade. Para que o enfermeiro consiga envolver-se dessa maneira, acredita-se que seja necessário um preparo

emocional do profissional que irá se expor e se colocar como uma ferramenta de trabalho para esse paciente (BOCHI et al, 2008).

É importante e necessário o incremento da produção científica sobre a imagem corporal na prática da enfermagem, de acordo com estudo realizado por Bittencourt et al (2009). Quando se trata, principalmente, das implicações que venham influenciar no sujeito que cuida ou na relação saúde e doença desse profissional.

Com base nesse contexto e associado ao fato de ter sido bolsista de uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial, alguns fatores chamaram minha atenção. Ao trabalhar por quase dois anos com pacientes oncológicos durante tratamento quimioterápico, percebi o sofrimento psíquico e físico que envolvia as pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Muitos foram os relatos tristes e de situações constrangedoras a que alguns pacientes foram expostos devido à alteração de sua imagem corporal. O prejuízo da qualidade de vida que acontece devido ao tratamento contra o câncer de cabeça e pescoço me fez refletir sobre questões simples e cotidianas.

Em determinado momento, um paciente com neoplasia de boca, afirmou que o momento mais feliz de sua vida foi quando, depois de meses, conseguiu deglutir pequenos pedaços de churrasco desfiado. As refeições - especialmente o churrasco para os gaúchos - fazem parte das relações sociais. Segundo seu relato, o tradicional churrasco aos domingos foi abolido em sua casa, até a recuperação, pois sua família não queria vê-lo sofrer por não conseguir deglutir até mesmo líquidos.

Como vida, enquanto conversava com o paciente, refleti sobre como é difícil me deparar com questões tão simples e tão fortes, ao mesmo tempo. A identificação com o paciente e o “colocar-se no lugar do outro” é uma questão que, imaginei, devesse ser difícil ser trabalhada pelos profissionais de saúde envolvidos com o tratamento.

Bittencourt et al (2009) colocam que houve um crescimento na produção sobre a imagem corporal nos últimos dez anos. Constataram, porém, a inexistência de estudos na produção científica da enfermagem nacional que enfoquem o impacto dos distúrbios da imagem corporal dos pacientes nos profissionais que cuidam. Os mesmos autores perguntam se esse achado não revelaria uma dificuldade no enfrentamento dessa situação pelos profissionais de enfermagem.

Dessa forma, surgiu o principal questionamento que seria investigado: Qual a visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço?

Procurei, a partir desse estudo, descobrir se havia uma problemática envolvida nessa relação entre profissional e paciente. Sua contribuição se deu, sendo assim, pelo fato de ressaltar a importância de como o profissional enfermeiro enfrenta cotidianamente essa situação.

2 OBJETIVO

Conhecer a visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Anormalidades fenotípicas são o que caracteriza o câncer, mas a perda de regulação do ciclo celular é o fator determinante para a formação do tumor. A carcinogênese é o processo de formação neoplásica e divide-se em três etapas: iniciação, promoção e manifestação (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A iniciação, de acordo com as mesmas autoras, corresponde à interação do agente iniciador com o DNA da célula-alvo. Na fase da promoção acontece a expressão da alteração do genoma ocorrida na iniciação, e caracteriza-se pelo desenvolvimento de foco de células fenotipicamente alteradas. Quando, em nível histológico, a neoplasia já está expressa fenotipicamente, na fase da progressão, caracteriza-se pela instabilidade do genoma das células neoplásicas. As manifestações clínicas do câncer ocorrem devido a essas alterações estruturais do genoma e acontecem durante a última etapa da carcinogênese. Outra característica importante da célula maligna é a capacidade de estimular a angiogênese, ou seja, a formação de novos capilares na periferia do tumor (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer de cabeça e pescoço cria problemas estéticos e clínicos se a patologia não for tratada e controlada adequadamente. A complexidade que existe entre face, cavidade oral, voz e passagem aérea na aparência pessoal, na ingestão alimentar e no conforto, fazem com que o planejamento terapêutico seja bastante complicado (GATES; FINK, 2009). O prognóstico da doença, afirmam Mohallem e Rodrigues (2007), depende da fase em que for detectada. Salientam, ainda, que 15% dos casos desse tipo de câncer no Brasil são diagnosticados nos estádios iniciais e 50% apresentam metástases regionais no momento do diagnóstico, o que reduz a sobrevivência dos pacientes de modo significativo.

A maior incidência, dentro da área de cabeça e pescoço, são as neoplasias de lábio, boca, laringe, tireóide e faringe, entre outros. A alta ocorrência do câncer de pele não é considerada, uma vez que o Brasil é um país tropical, com grande exposição à luz solar. Pode-se considerar que o câncer de cabeça e pescoço representa 10% de todas as neoplasias diagnosticadas (FORONES et al, 2005).

O tratamento deve se adequar às necessidades de cada caso, baseando-se na expectativa de tempo e qualidade de sobrevivência. A escolha terapêutica depende do local e estadiamento do tumor, do estado geral e da aceitação do paciente. O tratamento do câncer em

seu estágio inicial proporciona não só maior sobrevida, mas também melhor qualidade de vida (LOPES et al, 2005).

A cirurgia é uma das principais opções de tratamento. Os avanços obtidos com novas técnicas operatórias e grandes reconstruções, melhor compreensão do comportamento tumoral e padronização de estadiamentos, entre outros fatores, contribuíram para que pacientes antes considerados inoperáveis sejam submetidos ao tratamento cirúrgico exclusivo ou associado à quimioterapia e/ou à radioterapia. A escolha, no entanto, deve ser o método menos mutilante quando as possibilidades de cura são iguais. Como grande parte dos pacientes com tumores avançados fica com “defeitos” estéticos, deve sempre ser esclarecido e discutido com ele e com seus familiares os resultados do tratamento (FORONES et al, 2005).

Buscando o conceito de imagem corporal, percebemos que trata-se de um tema complexo e diverso na literatura. Olivier (1995) afirma que a imagem corporal não é algo pronto e definitivo. É dinâmico, modifica-se, altera-se e, desse modo, justifica-se pela influência dos estados emocionais, dos conflitos psíquicos e do contato com outras pessoas e com o mundo.

A imagem corporal é um processo contínuo de construção e desconstrução, portanto. Toda a experiência carrega significados afetivos e emocionais que determinam o corpo motor e o estado psíquico, mostrando desse modo, a relevância da atenção e da intervenção na imagem corporal do paciente no momento do adoecimento em virtude de sua influência no processo e na busca da cura, sendo importante também, a relação médico-paciente (BRANDÃO et al, 2004).

Bittencourt et al (2009) conceitua imagem corporal como a figura mental do corpo humano e o modo pelo qual o corpo a representa para nós, sendo referência do homem a si mesmo e ao mundo. Coloca, ainda, como um fenômeno importante para a Enfermagem, visto que foi incorporado à Taxonomia Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

O diagnóstico de Enfermagem "Distúrbio na Imagem Corporal", por sua vez, é definido como a confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa. Esse diagnóstico contém características definidoras objetivas e subjetivas, tais como perda de parte do corpo e medo da reação dos outros, além de fatores relacionados como cirurgia e tratamento da doença (NANDA, 2010).

O principal objetivo da assistência de enfermagem ao paciente com câncer de cabeça e pescoço é, para Saconato et al (2007), proporcionar qualidade de vida. O foco do cuidado, portanto, é a sua reabilitação e independência o mais brevemente possível.

Vanzin e Nery (1997) afirmam que o enfermeiro, diante desse contexto, é uma figura nuclear da equipe de saúde. O paciente apóia-se nele em busca de informação, suporte emocional e satisfação de suas necessidades básicas. Demonstram, ainda, que a assistência de enfermagem é extensiva à família no mesmo grau que ao doente. Baseiam-se no fato de que a enfermidade gera reações psicossociais frente ao medo da dor, da incapacidade por mutilação, das dificuldades do tratamento e no controle de situações de abandono e de morte.

O impacto da existência do câncer aproxima a pessoa do sofrimento, da dor e da rejeição, muitas vezes da família e da sociedade. A complexidade do atendimento ao paciente com neoplasia de cabeça e pescoço envolve não apenas as questões da alteração física, mas também seus hábitos de vida, já que muitas vezes são tabagistas e etilistas crônicos. O estresse do diagnóstico e adaptação, cujo resultado depende do grau de ajustamento das habilidades e do suporte social disponível, mostram a exigência ao que o enfermeiro se submete ao tratar desse paciente (SACONATO et al, 2007).

É importante, desse modo, que o profissional consiga estar bem consigo mesmo, com o paciente e com sua família para prestar uma assistência de qualidade.

4 METODOLOGIA

A metodologia seguida está descrita nas etapas abaixo.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo. A pesquisa exploratória proporciona uma maior familiaridade com o problema e a descritiva salienta o estudo das características de um grupo (GIL, 2002).

O que caracteriza a análise qualitativa, segundo Bardin (1977), é o fato de a inferência - sempre que é realizada - ser fundada na presença do índice, e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual. Os conhecimentos só são possíveis com a descrição da experiência humana, preocupando-se com os indivíduos e seu ambiente, em toda sua complexidade, de acordo com Polit e Hungler (1995).

4.2 Campo

O presente estudo foi realizado em Unidades de Internação Cirúrgica e Unidade de Quimioterapia, Radioterapia e Hospital Dia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.3 Amostra

De acordo com Polit e Hungler (1995), o que interessa na avaliação de uma amostra é a sua representatividade.

Os participantes desse estudo foram enfermeiros convidados que estão envolvidos no atendimento aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Silveira e Gorini (2009) afirmam que na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra é definido quando, durante a coleta, ocorre a saturação dos dados. O número de profissionais entrevistados foi 20, pois o fator limitante é a repetição das falas.

Critérios de inclusão:

- Enfermeiros que trabalham há dois anos em Unidades Cirúrgicas e na Unidade de Quimioterapia, Radioterapia e Hospital Dia do HCPA;
- Enfermeiros com vivências no seu cotidiano junto à pacientes com câncer de cabeça e pescoço;

Critérios de exclusão:

- Enfermeiros contratados por período temporário pelo HCPA;
- Enfermeiros contratados que encontram-se em período de férias;

4.4 Coleta de Dados

O encontro entre pesquisadora e enfermeiro aconteceu no horário e local de preferência do entrevistado, visando assegurar o anonimato e a privacidade.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foi aplicado o Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE B) aos enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão, no modelo de entrevista semi-estruturada, com gravação de áudio.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Gorini (2001) afirma que através desse método se pode interpretar descrições subjetivas, utilizando-se técnicas que levam o investigador a desvelar o conteúdo que está, algumas vezes, oculto nos relatos dos sujeitos.

A primeira etapa, pré-análise, é o momento em que acontece uma “leitura flutuante”. Há a preparação do material, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores (BARDIN, 1977). Para Gorini (2001), realiza-se uma leitura flutuante dos dados para posterior organização e sistematização de ideias.

A Exploração do material é a análise, propriamente dita (GORINI, 2001). Exploração e análise do material consistem em momento fundamental na pesquisa. As possibilidades de inferências e interpretações são bastante dependentes daquilo que for feito nessa etapa, pois o

pesquisador deixa claros os procedimentos utilizados para sustentar suas conclusões e considerações (BARDIN, 1977).

De acordo com Bardin (1977), a terceira etapa é a de Tratamento dos dados. É nessa fase que se obtém os resultados e se realiza a interpretação desses dados.

4.6 Aspectos Éticos

Foram consideradas as normas da Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As gravações realizadas foram destruídas após a transcrição do conteúdo. O material coletado transcrito será guardado pela pesquisadora em um local privado e após cinco anos da divulgação dos resultados no meio científico, será destruído. Foi preservado o anonimato dos entrevistados.

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Acredita-se, porém, que o presente estudo, apresenta maior benefício à comunidade científica e assistencial, uma vez que trará melhoria do cuidado prestado pelos enfermeiros.

O projeto do presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG / HCPA) sob o número 100015 e aprovado em 20 de abril de 2010 (ANEXO 1).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados foram analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). A apresentação e a análise dos dados coletados, desse modo, são feitas ao mesmo tempo.

Para caracterizar a amostra, foi realizado o primeiro grupo de questionamentos, intitulado “Identificação”. Os participantes receberam um código de acordo com a ordem de realização das entrevistas, de S1 a S20, para podermos identificá-los. Buscou-se saber sua idade, tempo de profissão, tempo de trabalho com pacientes com câncer de cabeça e pescoço e jornada semanal de trabalho.

Apesar de não constar na caracterização da amostra, uma peculiaridade é que todas as entrevistas foram realizadas com mulheres, pois não houve o conhecimento nem a indicação de enfermeiros para participar do estudo. Esse fato representa o contexto histórico da enfermagem, uma vez que o ingresso de homens na graduação é visto, segundo Pereira (2008), com certa estranheza e a profissão foi constituída como sendo uma prática naturalmente feminina.

A caracterização da amostra encontra-se representada no quadro exposto na página seguinte.

| IDENTIFICAÇÃO | IDADE | TEMPO DE PROFISSÃO | TEMPO DE TRABALHO COM PACIENTES COM CA DE CABEÇA E PESCOÇO | JORNADA SEMANAL DE TRABALHO |
|---------------|---------|--------------------|--|-----------------------------|
| S1 | 52 anos | 31 anos | 13 anos | 30 hs |
| S2 | 49 anos | 26 anos | 20 anos | 30 hs |
| S3 | 41 anos | 13 anos | 12 anos | 36 hs |
| S4 | 31 anos | 06 anos | 06 anos | 36 hs |
| S5 | 51 anos | 25 anos | 08 anos | 30 hs |
| S6 | 53 anos | 30 anos | 18 anos | 30 hs |
| S7 | 46 anos | 21 anos | 20 anos | 36 hs |
| S8 | 43 anos | 17 anos | 14 anos | 30 hs |
| S9 | 25 anos | 03 anos | 03 anos | 36 hs |
| S10 | 46 anos | 24 anos | 12 anos | 30 hs |
| S11 | 51 anos | 26 anos | 03 anos | 30 hs |
| S12 | 52 anos | 29 anos | 29 anos | 36 hs |
| S13 | 40 anos | 17 anos | 17 anos | 36 hs |
| S14 | 41 anos | 18 anos | 17 anos | 36 hs |
| S15 | 49 anos | 25 anos | 05 anos | 36 hs |
| S16 | 32 anos | 08 anos | 04 anos | 36 hs |
| S17 | 25 anos | 3, 5 anos | 3, 5 anos | 72 hs |
| S18 | 51 anos | 25 anos | 25 anos | 36 hs |
| S19 | 49 anos | 23 anos | 20 anos | 36 hs |
| S20 | 34 anos | 09 anos | 09 anos | 36 hs |

Quadro 1 – Caracterização da amostra. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados por Deyse Borges. Porto Alegre, 2010.

Os enfermeiros entrevistados tinham, portanto, entre 25 anos e 52 anos. O tempo de exercício de profissão variou entre 03 anos e 31 anos. Já o tempo de trabalho com pacientes com câncer de cabeça e pescoço compreendeu-se entre 03 e 29 anos. A jornada semanal de trabalho exercida por esses profissionais era de 30 horas a 36 horas.

O segundo grupo de questionamentos, por sua vez, intitulou-se “Dados Gerais” e constou de três perguntas para fundamentar o entendimento sobre a visão e a atuação do enfermeiro durante o trabalho assistencial:

- a) Qual a sua visão frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço?
- b) Como você enfrenta as situações adversas que podem surgir ao longo do tratamento?
- c) Como você realiza o manejo dessas situações diante do paciente?

Em relação à *alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço*, a visão que os enfermeiros entrevistados têm está descrita no quadro apresentado na próxima página.

| CATEGORIAS | TEMAS |
|------------|--|
| CHOCANTE | “Não sei se a palavra é assustadora, mas dependendo da maneira como é realizada a cirurgia, os pacientes ficam permanentemente deformados...” S1 |
| | “... essa imagem, às vezes, choca a gente... Dependendo do grau de alteração, a gente fica mais ou menos chocada com a visão.” S2 |
| | “Eu acho um horror... a visão que eu tenho é de tristeza, de ver que qualquer um de nós pode chegar a esse ponto... Dá um choque na gente, não vou dizer que não dá.” S3 |
| | “Acho bem chocante... e a maneira que eles trabalhavam há tempos atrás... alguns pacientes ficavam assustadores...” S5 |
| | “Para mim é o pior de todos os cânceres, porque não tem como esconder... tanto a rádio como a cirurgia são muito agressivas e deformam o paciente. E o paciente fala que não fica mais gente, muitos dizem que preferiam ter morrido...” S10 |
| | “Geralmente são pacientes que causam impacto em todo mundo... Por mais que a gente tenha uma formação para enfrentar qualquer tipo de situação, qualquer coisa que altera a auto-imagem, principalmente na face, é super chocante.” S12 |
| TRISTE | “É um paciente que mexe muito com a gente, que mobiliza muito as nossas emoções... É uma imagem que não é agradável de ver e a gente tem que se superar muito, porque para o paciente não pode passar toda essa inquietação que fica.” S7 |
| | “A gente fica pensando o quanto a gente não é nada, porque a gente fica se desmanchando, apodrecendo em vida e isso é muito triste.” S8 |
| | “Isso... movimenta, dá uma certa rejeição na gente... tem que começar a desenvolver... um cuidado para que tu não <i>pass</i> e a idéia de penalização, que é um sentimento natural.” S11 |
| | “... é uma tristeza vê-los com deformidade e tento não passar isso para eles, que eu estou triste.” S13 |
| | “... é triste qualquer tipo de sofrimento, psicológico, físico...” S19 |
| DIFÍCIL | “Após a cirurgia é bem complicado lidar com a alteração da imagem corporal, eles ficam muito ansiosos...” S9 |
| | “ <i>Me dá</i> uma angústia olhar o paciente com cuidados precários. É difícil. Essa é a imagem que eu tenho.” S14 |
| | “Paciente com câncer de cabeça e pescoço já chega aqui... bem fragilizado... é um paciente complicado, envolve bastante a enfermagem.” S15 |
| | “... é um paciente complicado... exige muita atenção...” S16 |
| | “... afeta muito o psicológico, a auto-imagem... é difícil...” S17 |
| | “... despertam em mim um sentimento de solidariedade... um ser humano sofrendo é complicado de olhar...” S18 |
| NORMAL | “É tranquilo mesmo, atender esses pacientes. São como os outros.” S4 |
| | “Não tenho <i>nehuma</i> reação de diferente... tento tratar da mesma maneira como trato todos os pacientes que eu atendo aqui...” S6 |
| | “Eu não vejo diferença entre os pacientes... é normal...” S20 |

Quadro 2 - Visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados por Deyse Borges. Porto Alegre, 2010.

Pedrolo e Zago (2000) colocam que os profissionais de saúde e os laringectomizados, por exemplo, avaliam as dimensões de qualidade de vida de modo diferente. Os pacientes dão maior importância às mudanças no estilo de vida e as consequências físicas da laringectomia. Os profissionais de saúde, no entanto, importam-se mais com a afonia, com a possibilidade de recorrência da doença e com a auto-imagem.

Analisando o exposto pelos profissionais podemos confirmar essa hipótese. A categorização das falas permitiu que se organizasse o conteúdo em quatro situações distintas: chocante, triste, difícil e normal. Na categoria *normal* apenas três enfermeiras consideraram não experimentar uma visão diferenciada acerca dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Todas as outras afirmaram existir uma problemática pelo comprometimento da imagem corporal do paciente, variando apenas a intensidade.

A segunda questão abordada foi *como o enfermeiro enfrenta as situações adversas que podem surgir ao longo do tratamento*. Pedrolo e Zago (2002) colocam que o enfrentamento tem duas funções que podem ser classificadas em duas categorias: focalizado no problema e focalizado na emoção. Essas categorias geralmente ocorrem de maneira simultânea e são mutuamente facilitadoras. O enfrentamento focalizado no problema, de acordo com as autoras, geralmente envolve ações planejadas e refere-se também ao processo de resolução de problemas. O enfrentamento focalizado na emoção, por sua vez, altera apenas o que está na mente do indivíduo, regulando as tensões e as emoções. É quando a pessoa conclui que não pode, seguindo a linha das mesmas autoras, controlar os estímulos estressantes. Fuga, minimização, distanciamento, atenção seletiva, mediação e sentimento de alívio são exemplos dessas estratégias.

Pinto e Spiri (2008) afirmam que em toda relação que se estabelece entre pessoas portadoras de alguma deficiência e aquelas que não o são, há a presença de emoções como o medo, desgosto, cólera, repugnância, atração. Esses sentimentos podem ocorrer juntos ou separadamente e variam de intensidade. Ocorrem, então, com a família, profissionais ou qualquer pessoa que ao se deparar com a deficiência experimentam algum sofrimento psicológico. Podemos perceber essa relação a partir da fala de três entrevistadas: “... eu tinha até medo, mesmo... Mas para mim, hoje, é tranquilo. Não tenho nojo, raiva, nada desses sentimentos” (S4). “... tento agir da maneira mais sincera possível, mais normal, mas sem demonstrar nojo, pena, piedade” (S13). “O que mais me incomoda... é a condição toda e particularmente o cheiro. Aquele cheiro característico” (S14).

Os profissionais sensibilizam-se com a situação dos pacientes que sofrem alteração da imagem corporal. A equipe compartilha o sofrimento do paciente e da família, desenvolvendo

a empatia. Gera-se um ambiente de estresse e preocupação, além de angústia. A expressão das emoções faz com que os profissionais se reconheçam como humanos e permite trabalhar esses sentimentos de forma saudável (PINTO; SPIRI, 2008). “... eu atendi uma paciente... estava literalmente desmanchando o rosto dela, caíam os pedaços da face e eu tinha que fazer aquele curativo. Eu estava saindo de férias naquele dia... Não sei de onde tirei forças para fazer e depois simplesmente fui chorar. Eu pensei: ‘Por que, meu Deus do céu, como é que pode? Eu aqui me preocupando que eu tenho que sair de férias, quero viajar, e uma pessoa se terminando na minha frente’. Tem que ter força para dar força para outra pessoa” (S3). “... o que mais me deixa estressada é a família... eu fico muito preocupada com eles... fico junto frente à família. E a gente, da enfermagem, conversa muito sobre isso e acho que dá uma certa aliviada na questão do sentimento...” (S5). “... Quando o paciente está mobilizando muito, a gente conversa, desabafa uma com a outra, além da psicologia, que vai entrando junto... outra coisa que eu acho importante é fora da jornada de trabalho fazer uma atividade que vai te ajudar a trabalhar” (S7). “... a gente tenta se ajudar, com auxílio da equipe médica, da enfermagem. Tem dia que a gente está mais fragilizada, então pede para uma colega ajudar, entrar no quarto...” (S13). “... o câncer é rodeado de muito sofrimento... para enfrentar tem que ter sensibilidade e empatia com o paciente e com a família... nem que seja quebrar algumas regras...” (S17). “... tem que facilitar as coisas para a família... nosso papel é ser aliado nesse momento...” (S18).

Para o paciente, a percepção da alteração da imagem corporal pode gerar, segundo Hannickel et al (2002), um impacto psicossocial e atitudes que dificultam sua reabilitação, permitindo o seu isolamento social, a depressão e dificuldades para o retorno aos papéis sociais. Cada indivíduo terá uma atitude frente à nova imagem corporal e um novo modo de enfrentar essa realidade. A identificação dessas atitudes, portanto, é um aspecto importante para os enfermeiros que planejam a assistência. “... o paciente fica extremamente constrangido... principalmente por ele ter um odor das próprias lesões, ele é um paciente muito submisso...” (S1). “... alguns mostram muita resistência. Nós tivemos fatos de orientação para autocuidado, muito resistentes, pedindo para que alguém fizesse por eles. A questão estética fica toda comprometida. A gente fala, às vezes, em se perfumar, mas não é uma coisa que façam. É como se eles comessem a se ausentar das questões do corpo. Fica a pessoa, a espiritualidade, as emoções, mas a questão corporal parece que tem um distanciamento” (S11). “Não é um paciente que possa ficar sem orientação... é um paciente que chega em uma situação bem ruim e dependendo da situação sócio-econômica é pior...” (S15).

Araújo et al (2009), desenvolveram uma pesquisa onde observaram a necessidade que o paciente com câncer de cabeça e pescoço e seus familiares têm de serem ouvidos e acompanhados durante esse período de sofrimento e perplexidade frente ao diagnóstico. “... Com relação à família, eu tento conversar com eles, digo que é um momento difícil, enfim, tento manejar, deixar a família verbalizar todo o sentimento que eles têm, chorar...” (S5). “... é importante se colocar ao lado do paciente...” (S18).

Durante o processo, há de se aprender a lidar com as condições adversas do tratamento, controlando ou evitando-as. Araújo et al (2009) ressalta, ainda, que é importante o exercício do cuidado humanizado pela equipe multidisciplinar, ouvindo, orientando, adequando protocolos e amparando o paciente e seus familiares. “... Tento suprir as necessidades de questionamentos do paciente, tento aliviar, dentro do possível, os sintomas apresentados e usando as medicações que estão prescritas se necessário. Tento orientá-los mais sobre os cuidados a ter em casa...” (S6). “... quando eu estou fazendo alguma coisa assim [procedimento], eu tento desviar a atenção, tento conversar outras coisas bem corriqueiras, chamar a atenção da família para conversar outras coisas, para desviar o foco daquela situação e tentar deixar com isso o paciente mais à vontade...” (S8). “... é pesado para ele ter que ouvir tudo isso [reações adversas], mas ao mesmo tempo, ele tem que estar ciente desses efeitos... para eles também ficarem atentos. Se é um paciente que não recebeu orientações, as reações se tornam bem mais fortes” (S15). “... alguns pacientes se revoltam, ficam agressivos com a família...” (S16).

A formação de vínculos entre pacientes, familiares e profissionais contribui para o tratamento, para a melhoria da qualidade de vida e, em alguns casos, na condução de um modo de morrer mais digno, portanto (ARAÚJO et al, 2009). “... Mas também é legal quando é no início, começam a fazer tratamento com um ‘baita’ tumor, com uma região cervical muito edemaciada, com linfonodo muito grande, começa fazer quimio, rádio e daqui a pouco tu vê a pessoa, diminuiu aquilo, te dá uma alegria mesmo de ver” (S3). “... tive o caso de um paciente que não ia voltar a falar... era um padre, até... fez fono anos e anos... e muito mal, mas voltou a falar... e eu consegui entender... Foi uma coisa muito importante... ele ficou mais oito anos comigo...” (S10). “... Tem vários tipos de pacientes... e a gente acaba falando só dos mais graves, dos mais lesados...” (S12). “... Nós tivemos um [paciente], de cuidados paliativos... Era uma família muito bonita, a esposa fazia todos os cuidados, e à medida que a gente começou esse trabalho de revitalização da personalidade, do quanto ele foi, da família, do que ele fazia, no que ele trabalhava, ele começou a estabelecer uma outra relação. Começou a se relacionar com os estagiários que estavam junto e começou a voltar a ter aquele

papel de mestre de alguma coisa... foi um desfecho muito bonito. Ele faleceu conosco, mas recuperou coisas da história dele...” (S11). “... a partir da sensibilidade tem que começar a ver quando tem que parar de fazer procedimento para salvar a vida e manter a qualidade de vida...” (S17). “... às vezes a gente perde o paciente durante o tratamento e isso é muito difícil... tem que trabalhar com a família... também tem a própria equipe...” (S18).

A religiosidade aparece como elemento importante que pode contribuir para a aceitação da doença e para a esperança de cura (PINTO; SPIRI, 2008). “... rezo bastante, vou te dizer que eu rezo. Até é importante saber que eu acho que quem trabalha com oncologia tem que ter, deveria ter muito o lado espiritualizado, de pedir força para o além, para algum lugar, porque não é fácil” (S3). “... tem a questão da religiosidade... tento proporcionar para ele aquelas coisas que são importantes do ponto de vista religioso e familiar...” (S18).

A terceira e última questão levantada referiu-se sobre *como o enfermeiro realiza o manejo das situações adversas diante do paciente*.

A ocorrência de uma alteração na imagem corporal provoca diversas reações, dependendo das características individuais, dos suportes sociais e da percepção da perda vivida pelo paciente, relata Barnabe e Dell’Acqua (2008). “A forma como o grupo social percebe o surgimento de uma doença e a evolução do tratamento do câncer influencia a escolha dos recursos de enfrentamento que o paciente utilizará” (NUCCI, 2003 apud SANTANA et al, 2008). “... é um paciente muito submisso e ele acaba aceitando qualquer coisa que possa melhorar o aspecto geral dele... às vezes a gente pega paciente com traqueio, com muita deformidade, e é uma coisa difícil para ele e para a família...” (S1). “... eu tento estimular a participação dele no tratamento, dele e da família. Acho isso fundamental...” (S9).

Santana et al (2008), a partir da realização de um estudo, afirmam que os pacientes avaliaram como insatisfatórias a rede social e o apoio social. “... Eu gosto de intervir, eu gosto de apoiar, de ter proximidade com esses pacientes. Esses pacientes com posição social e econômica baixa, que vem sozinhos, desacompanhados, são mal cuidados...” (S14). “... teve paciente que a gente já ajudou com alimentos porque ele não tinha o que comer. Então tem várias situações para manejar. A gente encaminha para a assistente social...” (S15)

Oferecer orientação, estímulo, encorajamento e incentivo ao autocuidado são estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem a fim de que o paciente perceba e acredite na possibilidade de retomar a vida o mais próximo da normalidade dentro de suas condições (PINTO; SPIRI, 2008). Reforça-se ao paciente o que ele tem de sadio e que o tratamento não se baseia apenas na doença e nas limitações, segundo as autoras. “... Tem que saber manejar de uma maneira bem tranqüila, mas ao mesmo tempo não deixando que o paciente não receba

a informação que ele está pedindo. Mas sempre de uma maneira que não vá ferir, que não vá desestimular o paciente” (S2). “... Tento ser o mais amável possível, fazer com que o paciente acredite que as coisas podem melhorar...” (S3). “Eu acho que sempre tem que dar esperança... por mais que tudo esteja dando errado, a esperança é a última coisa que tu *pode* tirar do paciente...” (S10). “... eu sempre oriento o técnico a olhar no olho dele [paciente], tentar ver a pessoa por além daquele tumor... e o autocuidado sempre sendo estimulado... tentar ver quais são as limitações reais que ele tem e como pode enfrentar isso... conforme as condições de sobrevivência pensar em como ele pode se organizar...” (S11). “... eu tento incentivá-los a passar por aquilo que não tem explicação...” (S13). “... tem que levantar os pontos fortes dos pacientes...” (S16). “... tem que tentar ter uma atitude positiva...” (S18).

As limitações e a alteração física podem provocar preconceitos e estereótipos. O preconceito pode causar aversão à pessoa ou atos de compaixão, o que dificulta o enfrentamento e gera conflitos, segundo Pinto e Spiri (2008). As autoras consideram importante ressaltar que durante a internação o paciente encontra refúgio através da aceitação dos profissionais. “... é uma situação que tem que se mostrar muito natural, senão ele vai se sentir constrangido” (S1). “... aqui no hospital mesmo, se eu vejo esses pacientes no corredor, com alguma deformidade, alguma coisa, é normal. Igual aos outros, não me chama a atenção...” (S4). “... tento não deixar transparecer uma situação, às vezes, até um pouco constrangedora que eles sentem pela deformidade... tento fazer com que o paciente não se sinta diferenciado por essa situação...” (S6).

A capacitação para o trabalho ocorre de maneira gradativa através da experiência, convivência e conhecimento teórico (PINTO; SPIRI, 2008). “... com o tempo tu *acaba* conseguindo saber manejar essas situações...” (S1). “... como a gente trabalha há muitos anos com esse tipo de paciente, já traz uma bagagem mais tranqüila para atuar frente a essas situações...” (S2). “Eu acho que depois de anos trabalhando, a gente aprende a lidar com isso...” (S4). “... tem que estar sabendo o que pode acontecer e a bagagem profissional, a experiência profissional vai contar bastante...” (S7) “... a gente tem que aprender a se segurar com essas situações... tem de aprender a lidar com isso, de não demonstrar para o paciente...” (S8).

Por outro lado, nem sempre esses profissionais têm a certeza de que o paciente não percebeu o “desconforto” gerado: “... a gente tenta não demonstrar ao paciente coisas que, às vezes, a gente tem dificuldade até, em disfarçar...” (S12). “Eu acredito que muitas vezes eles viram no meu rosto que eu fiquei chocada...” (S5). “... o familiar percebeu que meu olhar mudou...” (S7).

O olhar aparentemente resignado, que tenta encontrar explicação para os fatos, talvez como uma forma de aliviar seu próprio “inconformismo” pode ser claramente percebido: “... cada um passa por aquilo que tem que passar... eu acredito em destino para cada um. Se está certo ou não, não sei...” (S8). “Cada pessoa tem que passar algumas coisas e a gente não está aqui para julgar quem passa, quem não passa...” (S13).

Alguns entrevistados colocam que o cotidiano do hospital pode interferir em sua vida pessoal, mesmo que haja um esforço para que isso não aconteça. “... mexe principalmente quando o paciente tem a mesma idade que tu ou tem a mesma idade de um filho teu... tento me colocar no lugar dessa pessoa, procurar rever o meu fazer, tanto aqui dentro como lá fora, na minha vida, com a minha família, modificar as coisas mesmo...” (S3). “... é complicado não levar para casa isso. Claro, às vezes acontece, mesmo com tantos anos de profissão...” (S7). “... a gente tem que se conhecer bem, trabalhar com as nossas questões, se for preciso, buscar ajuda psicológica...” (S18).

O enfermeiro aparece como sujeito centralizador do cuidado, que se responsabiliza e se coloca como suporte para o enfrentamento das adversidades que podem emergir da relação profissional/paciente. “... a enfermagem ainda tem tudo para oferecer, que é o carinho, é teu apoio... porque vai chegar o momento que tu não *tem* mais nada para oferecer em termos de tecnologia, em termos de tratamento, mas tu *tem* tudo para oferecer em coisas de humanidade... ouvir o que ele tem a dizer...” (S10). “... nós, da enfermagem, podemos dar um pouco mais, fazendo cuidados, tentando deixar um ‘pouco menos pior’...” (S14). “... essa questão de morrer, de sofrer e de sentir dor é uma questão que a gente tem que ter muito compromisso e muita responsabilidade...” (S18).

A enfermagem, sendo assim, vivencia as diversas formas de cuidado e busca qualidade na assistência através de uma relação empática com o paciente, mas sem perder o foco no profissionalismo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ciclo vital causa alterações na imagem corporal. A mudança traumática, porém, especialmente advinda de uma patologia estigmatizada como o câncer desperta desamparo e necessidade de adaptação. O modo como a pessoa vai reagir a essa alteração, portanto, depende de como foi construída sua percepção da autoimagem e a possibilidade de apoio para esse ajuste.

O diagnóstico de câncer transforma a vida do indivíduo de modo negativo, pois está cercado por ideias preconcebidas. A figura do enfermeiro torna-se importante, desse modo, à medida que representa apoio frente ao medo do desconhecido, do sofrimento e da morte. O paciente e seus familiares buscam proteção, esperança, compreensão e suporte para adaptação à nova realidade. Há a necessidade de sentir-se cuidado e o enfermeiro, sendo assim, preocupa-se com o próximo.

A formação acadêmica para enfrentar situações adversas não impede que os profissionais sensibilizem-se com a situação do paciente e da família. Os enfermeiros participantes reagem de modo diferente ao trabalhar com esses pacientes e a visão apresentada por eles varia, chocam-se ou entristecem-se, acham difícil ou normal. Procuram, porém, mostrarem-se disponíveis e dispostos a ajudar. Buscam demonstrar naturalidade e exercer suas funções com empatia e profissionalismo.

A identificação impacta e dificulta o enfrentamento das situações adversas experimentadas pelos enfermeiros. Durante a coleta dos dados, por exemplo, recebi a recusa de alguns profissionais em participar do estudo, pois haviam vivenciado casos em sua família ou não se sentiam confortáveis para expressar sua opinião sobre o tema.

Os enfermeiros concordam que uma boa assistência interfere na qualidade de vida. Acreditam que o vínculo estabelecido facilita o cuidado, o tratamento, a busca pela melhoria da qualidade de vida e, por que não, um morrer mais digno. Tentam resgatar o cotidiano do paciente fora do hospital, destacar as conquistas, as coisas boas, os pontos positivos. As experiências de saúde e doença, de vida e de morte influenciam, portanto, sua conduta.

Uma equipe de enfermagem bem preparada para prestar assistência adequada aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço se faz necessária, desse modo. Para tanto, considero que essa equipe também precisa de atenção e ajuda para lidar com as emoções despertadas pelo cuidar. Do mesmo modo que a formação de vínculo é importante para o tratamento dos pacientes e para gerar um ambiente agradável, não se pode permitir a

interferência do trabalho na vida pessoal desse profissional. Com o estresse e o desgaste gerado pela rotina assistencial, a equipe de enfermagem necessita, então, de apoio para prestar um trabalho de qualidade.

Após a realização desse estudo, espero, sendo assim, que haja uma reflexão em busca do autoconhecimento e que a utilização dos resultados contribua para a qualidade da assistência e do ensino.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. S.C.; PADILHA D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, n. 55, p. 129-138, 2009. Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/06_artigo3.pdf. Acesso em 10 jun. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARNABE, N. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_10.pdf. Acesso em: 10 jun. 2010.

BITTENCOURT, A. R.; et al. A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.3, n.55, p. 271-278, 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/75_revisao_literatura2.pdf. Acesso em 29 dez. 2009.

BOCHI, K. C. G.; et al. A importância da orientação de alta hospitalar pelo enfermeiro aos pacientes submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço através da utilização de recurso visual. **Prática Hospitalar**, ano X, n. 55, p. 109-113, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2055/pdf/mat%2018.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2009.

BRANDÃO, C. L. C.; et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP. **Psicologia Hospitalar**, v.2, n.2, dez. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200007&lng=pt&nrm=.pf&tlng=pt. Acesso em 29 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1. Acesso em: 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de laringe**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332. Acesso em: 07 out. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. In: **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 12 out. 2009.

FORONES, N. M.; et al. Oncologia. In **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2005.

GATES, R. A.; FINK, R. M. **Segredos em enfermagem oncológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORINI, M. I. P. C. **Vivências de adultos com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial**: implicações educacionais. Porto Alegre: PUC/Faculdade de Educação, 2001 (Tese de Doutorado).

HANNICKEL, S.; et al. O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 3, n. 48, p. 333-339, 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo1.pdf. Acesso em 10 jun. 2010.

LOPES, A.; et al. **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmedd Editora, 2005.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Orgs). **Enfermagem oncológica**. São Paulo: Manole, 2007.

NANDA. North American Nursing Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

OLIVIER, G. G. F. **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. Campinas: UNICAMP/Faculdade de Educação Física, 1995 (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000095484>. Acesso em: 30 dez. 2009.

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 4, n. 46, p. 407-415, 2000. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/artigo6.pdf. Acesso em 09 jun. 2010

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada dos laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 1, n. 48, p. 49-56, 2002. Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/artigo4.pdf. Acesso em: 10 jun. 2010.

PEREIRA, P. F. **Homens na enfermagem**: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, 2008 (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13069/000639229.pdf?sequence=0>. Acesso em: 08 jun. 2010.

PINTO, K. K. O.; SPIRI, W. C. A percepção de enfermeiros sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na auto-imagem: uma abordagem fenomenológica. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, mai./jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_12.pdf. Acesso em: 10 jun.2010.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SACONATO, R. A.; et al. Assistência de enfermagem ao paciente de câncer de cabeça e pescoço. **Prática Hospitalar**, ano IX, n. 54, p. 33-36, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2054/pdfs/mat%2005.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2009.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2010.

SILVEIRA, C. C.; GORINI, M. I. P. C. Concepções do portador de leucemia mielóide aguda frente à fadiga. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 40-45, mar. 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6032/6558>. Acesso em 30 dez. 2009.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Câncer**: problema de saúde pública e saúde ocupacional. Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1997.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIA DO PESQUISADOR/ VIA DO PARTICIPANTE

Eu, Deyse Borges, acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto com minha orientadora, Prof^a.Dr^a. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, quero convidá-lo (a) a participar do estudo “A visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço”.

O objetivo desse estudo é conhecer a visão do enfermeiro frente à alteração da imagem corporal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Será realizada uma entrevista com o (a) senhor (a) para responder algumas perguntas, sendo que as mesmas serão gravadas, por um período de aproximadamente 20 minutos.

Todas as informações obtidas nesse estudo serão publicadas com finalidade científica. Seus dados de identificação serão preservados, e todo material utilizado será guardado em um local privado e destruído passados cinco anos da publicação desse estudo.

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Acredita-se, porém, que o presente estudo, apresenta maior benefício à comunidade científica e assistencial, uma vez que trará melhoria do cuidado prestado pelos enfermeiros.

A pesquisa será imediatamente suspensa ao se perceber algum risco ou prejuízo do sujeito participante, tanto durante a coleta de dados quanto após os dados coletados e analisados. O Comitê de Ética e Pesquisa da instituição será informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

Será garantida resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa. O (a) Sr. (a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, e isso não trará prejuízo ao seu desempenho profissional nessa instituição.

Eu _____, declaro ter lido, ou me foi lido, as informações acima escritas e concordo em participar do estudo. Fui informado (a) de maneira clara e detalhada sobre o objetivo e sobre as formas que participarei desse estudo.

Contato: (51) 9259-7048 / (51) 3062-4327 Acadêmica Deyse Borges

(51) 9986-0044 / (51) 3308-5226 Prof^a Dr^a Maria Isabel P.C. Gorini

GPPG/HCPA

Rua Ramiro Barcellos, 2350

Porto Alegre - RS

Fone: (51) 3359-8000

Assinatura do participante: _____

Acad. Deyse Borges

Profª Drª Maria Isabel P. C. Gorini

Porto Alegre, ___ de _____ de 2010.

APÊNDICE B

Instrumento de Coleta de Dados

1- Identificação:

- a) Código:
- b) Idade:
- c) Tempo de profissão:
- d) Há quanto tempo trabalha com pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço:
- e) Jornada semanal de trabalho na assistência:

2- Dados gerais:

- a) Qual a sua visão frente à alteração da imagem corporal do paciente com câncer de cabeça e pescoço?
- b) Como você enfrenta as situações adversas que podem surgir ao longo do tratamento?
- c) Como você realiza o manejo dessas situações diante do paciente?

ANEXO 1

Parecer de Resolução da Aprovação/GPPG



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100015

Versão do Projeto: 08/03/2010

Versão do TCLE: 08/03/2010

Pesquisadores:

DEYSE BORGES

MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI

Título: A VISÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 20 de abril de 2010.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA