

# **Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos a Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um estudo Clínico-Qualitativo**

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Daniela Achette Dos Santos; Mariana Xavier Amaral; Antonio José Gonçalves; Wilze Laura Bruscato

---

## **RESUMO**

As alterações estéticas e funcionais decorrentes do tratamento da região de cabeça e pescoço podem trazer repercussões no desempenho do papel social, expressão emocional e na comunicação. O presente estudo buscou compreender o significado da submissão à laringectomia total por câncer de laringe. Concluímos, que a vivência do câncer e da laringectomia acarretaram repercussões psicossociais principalmente no que se refere ao prejuízo no contato social devido a perda da voz e da permanência do traqueostoma, apesar disto, a percepção de que o tratamento permitiu aos indivíduos continuarem vivos e terem a oportunidade de retomar ou iniciar projetos possibilitou que os mesmos apresentassem uma apreciação positiva em relação à cirurgia. O que pudemos notar é que uma postura passiva e por vezes resignada frente à vida foi aspecto marcante.

**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de laringe; laringectomia total; repercussões psicossociais.

---

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer constitui a terceira causa de morte no Brasil, atrás somente das doenças do aparelho circulatório e das causas externas, sendo considerado a segunda causa de morte por doença (Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2005). Segundo o INCA (2005), o câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas. Aproximadamente 2/3 desses tumores surgem na corda vocal verdadeira e 1/3 acomete a laringe supraglótica (região acima das cordas vocais).

Na cidade de São Paulo, corresponde à sexta localização mais diagnosticada entre os homens e a vigésima - sexta entre as mulheres, sendo considerada a quinta e vigésima-quarta *causa mortis* por neoplasia maligna, respectivamente (Gonçalves, Menezes & Bertelli, 2005).

Há uma nítida associação do alcoolismo e tabagismo com o desenvolvimento de câncer nas vias aerodigestivas superiores, sendo o tabagismo, o maior fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer (Carvalho, 2000).

A Sociedade Americana de Câncer (ACS, 2004) também alerta para a existência de outros fatores como o abuso da voz, laringite crônica, hábitos precários de higiene bucal e os fatores ocupacionais como o contato com fibras têxteis, níquel, pó, madeira e asbesto.

Ainda hoje, o estigma do câncer vem acompanhado de representações negativas tais como: idéia de sofrimento, deterioração e morte. Segundo Nascimento-Schulze (1997), o paciente com câncer é confrontado não apenas com uma grande perda, mas também com sucessivos desapontamentos que dependem principalmente da fase em que o tratamento se encontra.

O tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, incluindo o câncer de laringe, frequentemente necessita de cirurgia, radiação e quimioterapia associadas ou não, implicando muitas vezes em procedimentos agressivos e em um período de cuidados prolongado (List e cols., 2002).

Em cabeça e pescoço, os procedimentos cirúrgicos geralmente são invasivos podendo causar lesões estéticas irrecuperáveis (uso do traqueostoma e sonda naso-gástrica, cicatriz), com um significativo comprometimento funcional (perda da voz, movimentos dos ombros limitados, perda do sentido olfativo, impossibilidade de imersão em líquidos). Em função disto, qualquer tipo de cirurgia necessitará de readaptações por parte do doente e da sua família e conseqüente suporte emocional para adaptação à imagem corporal alterada (Fernandes, 1999, Lampert & Wittin, 1999, Katz, 2003, Vickery e cols., 2003;).

Segundo Dedivitis e cols. (2000), é grande o impacto de ser portador de um câncer de laringe e submeter-se a laringectomia total. Garriga-Garcia e cols. (1995), verificaram também que a sociabilidade dos pacientes é alterada de maneira importante e que, quando bem constituídas, as famílias são o refúgio dos enfermos e muitas vezes é esta família que os impulsiona a reabilitar-se fonoaudiologicamente, retomar suas atividades laborais, melhorar a sociabilidade e a auto-estima.

As informações transmitidas para o paciente podem ajudar toda a equipe a tomar decisões e, a partir das sugestões e preferências dos pacientes, desenvolver melhores estratégias para o tratamento e reabilitação (Ramírez e cols., 2003). Herranz e Gavilán (1999) e Ramírez e cols. (2003) concordam que pouco se conhece sobre a adaptação dos pacientes após o tratamento do câncer de laringe, bem como as seqüelas repercutem nos diferentes aspectos psicossociais da vida pessoal dos pacientes e dos familiares.

Partindo deste pressuposto o presente estudo buscou compreender o significado da submissão à LT em pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço.

## **2. METODOLOGIA**

Considerando-se que o objetivo do trabalho foi a compreensão de uma experiência subjetiva (no caso, a submissão à LT), realizamos uma investigação qualitativa. Como a literatura aponta, este tipo de estudo enfoca sua atenção no específico, peculiar, no individual, buscando uma compreensão abrangente e profunda do fenômeno e preocupando-se menos com a generalização dos resultados (Moon, 1990; Minayo, 1998).

Participaram deste estudo quatro pacientes do Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, da Santa Casa da Misericórdia de SP, que foram submetidos à LT. Dos participantes 3 eram homens e 1 mulher. A faixa etária variou entre 40 e 68 anos de idade e 2 foram aposentados após a LT. O tempo pós-operatório variou entre 1 e 5 anos. Destes 3 estavam reabilitados através de voz esofágica e 1 utilizava-se de comunicação escrita.

Após assinatura do Termo de Consentimento, os mesmos foram submetidos à técnica de entrevista semi-dirigida, utilizando a frase-estímulo – *O que significou para você submeter-se a uma LT ?* Vale acrescentar que, com exceção da entrevista realizada com o paciente que utilizava a escrita como comunicação, as demais foram gravadas. Após a transcrição das entrevistas, primeiramente foi feita uma análise de cada caso, reconhecendo as falas que se referiam aos três eixos de investigação: momento do diagnóstico, submissão à LT, repercussões psicossociais pós-cirúrgicas. Os dados foram organizados e divididos em categorias e subcategorias. As falas apresentam-se em forma de citações para melhor ilustrar os dados na preparação da discussão, inferências e interpretação do material (Turato, 2003).

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Destacamos três núcleos temáticos para a classificação dos dados: A) MOMENTO DO DIAGNÓSTICO; B) SUBMISSÃO À LT ; C) REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS PÓS-CIRÚRGICAS. A análise das informações obtidas foi apresentada através desses eixos, organizados em categorias de experiência que aparecem sublinhadas no corpo do texto.

## A) MOMENTO DO DIAGNÓSTICO

Cada paciente vivencia a situação de adoecimento de um modo que lhe é peculiar, no entanto, comumente, nos deparamos com pacientes que ao receberem o diagnóstico de câncer sentem uma potencial ameaça à continuidade da existência, carregando a presença da morte nesta revelação (Rehfeld, 1992).

Esta vivência foi um aspecto marcante nas entrevistas, traduzidos pelos sentimentos de perda e sensação de proximidade de morte:

*“(...)Pra mim foi, foi difícil(pausa).No começo eu não, não tenho como explicar o que eu senti. Foi a pior coisa que eu acho que aconteceu na minha vida(chora..)”*

*“Foi um impacto de saber que tinha câncer, porque a gente nunca sabe quanto tempo vai viver depois. Nunca achei que iria viver mais de cinco anos após ter tido câncer, porque quando agente ouve falar em câncer agente já associa com morte.”*

Podemos notar que o medo suscitado pelo diagnóstico oncológico não se relaciona somente à morte em si, mas ao processo de sofrimento que esta revelação anuncia. No momento inicial, ou seja, no diagnóstico, algumas perdas e mudanças são de certa maneira explicitadas pelos pacientes.

Estes achados concordam com os dados apontados por Nascimento-Schulze(1997). Esta autora refere que além do estigma carregado pelo câncer os desapontamentos e perdas são sucessivas e acontecem em todo processo de tratamento.

A readaptação da dinâmica familiar diante da notícia do adoecimento por câncer de um de seus membros mostrou-se variada no que se refere ao tipo e à qualidade de retaguarda oferecida.

*“(...) Foi difícil(...), a gente não se dava bem, aí eu dependia deles pra tudo, pra me trazer no hospital fazer os exames, para comprar remédio. Eles faziam por obrigação e sempre jogavam na minha cara. Chegou uma hora que pensei em desistir (...)”*

*“Minha família não queria que eu me preocupasse(...), eles faziam a comida, cuidavam da casa. Eu só aceitei fazer a cirurgia porque eles me deram força.”*

O modo como as famílias se organizam e a qualidade de apoio oferecido representam uma das variáveis que podem facilitar ou prejudicar a tomada de decisões no momento pré-operatório. As famílias que conseguiram se reorganizar e oferecer suporte contribuíram de modo significativo para o bem estar emocional do paciente e facilitaram a aceitação do procedimento cirúrgico.

## B) SUBMISSÃO À LT

Submeter-se à LT aparentemente corresponde à vivência de um marco na vida dos pacientes, quando não uma situação de crise pessoal e familiar até mesmo pelo ajustamento que ambos irão passar.

A relação com equipe e família como ponto de apoio, se revelou um fator interveniente no enfrentamento e na adaptação dos pacientes à condição de laringectomizado favorecendo, ou não, a convivência e aceitação destes com sua nova realidade, concordando com os achados do estudo de Garriga-Garcia e cols. (1995) que verificaram que os doentes que recebem apoio, geralmente apresentam uma melhor reabilitação.

*No início foi muito difícil (...), mas depois né, que a gente vai passando com a equipe, vai conversando, vão explicando pra gente. (...) aí elas me falaram da fala que eu ia ficar totalmente sem falar, que eu ia usar a voz esofágica, que eu poderia aprender logo no início, poderia ter fala, poderia ficar dois anos tentando porque tem gente que não conseguia falar, mas eu no meu íntimo antes de....fé no coração era falar depois da cirurgia. aí, aí eu fui aceitando(...)*

*No começo, parece até que a gente nem vai conseguir aguentar. (...)mas se não fosse o apoio dos filhos e a fé que eu tenho em Deus eu acho que eu teria morrido de loucura.”*

*“Quando eu saia com minha família eles faziam o papel de intérprete para mim.”*

Em outras situações a ausência de apoio familiar, muitas vezes embasada em uma desestrutura anterior, foi acentuada pelas conseqüências do tratamento:

*“Foi muito difícil porque a minha família não me entendeu, não olhavam pra mim quando eu queria me comunicar, eles não tinham paciência comigo e brigavam muito.(...) Era porque eles não falavam para mim para eu dar sinal para eles entenderem, mas eles não queriam saber, eles tavam sempre com pressa e saiam depressa também. Saíam depressa e iam embora.”*

A Laringectomia como possibilidade de transformação foi observada em alguns pacientes, pois a vivência da crise (mutilação) os aproximou da possibilidade de rever o modo de vida que estabelecido até então:

*“Muito bem, eu me sinto com trinta e cinco anos, vou voltar a andar de moto. Tenho moto há vinte e dois anos. Só estou esperando operar a outra vista.”*

As alterações decorrentes da LT afetam de maneira global aspectos que interferem no modo dos pacientes se relacionarem consigo e com o mundo à sua volta. Alguns utilizam esse momento como uma oportunidade de modificação, de reorganização ou de reestruturação de aspectos de sua vida (Santos, 2004).

### C) REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS PÓS-CIRÚRGICAS

As alterações estéticas e funcionais decorrentes do tratamento da região de cabeça e pescoço podem trazer repercussões no desempenho específico do papel social, expressão emocional, comunicação e as mudanças na anatomia funcional podem ter conseqüências devastadoras em várias áreas na vida do paciente (Vickery e cols., 2003; Katz, 2003).

Corroborando com estes achados, os prejuízos nos relacionamentos sociais acentuados pela perda da voz foram aspectos freqüentemente relatados pelos pacientes:

*“Principalmente por causa da voz, da comunicação, porque eu não conseguia sentar e conversar, porque eu não ia ser compreendido e em lugares assim que tem muito barulho fica mais difícil ainda. Depois que parei de fumar e beber não preciso mais voltar a freqüentar o bar, não tem mais sentido.”*

*“(...)É melhor conversar com os animais porque os animais são mais inteligentes do que os humanos, eles dão atenção. As pessoas saem de perto quando a gente quer falar com elas”*

*“(...) mas eu já fui melhor de conversar acho.(...) mesmo assim eu procuro fazer com que isso não me faça mal, mesmo que eu não seja perfeita assim, de repente ..., com a minha voz... uma voz grossa né, mais rouca.”*

Um novo modo de relação com as pessoas e com o mundo imposto pela LT faz com que a dificuldade em se sentir compreendido ocasione sentimentos de solidão e dificulte uma postura pró-ativa, ou seja, favorece que os indivíduos evitem o confronto com situações de desconforto permanecendo mais passivos e resignados:

*(...) Eu me sentia muito sozinho. (...) só quando é muito importante eu escrevo, senão eu deixo pra lá”*

*“Por causa da fala né, porque as pessoas querem falar comigo, querem conversar. E daí eu não posso conversar assim com muito barulho, eu evito a participar das coisas.”*

Esta realidade concorda com a literatura que coloca as reações depressivas, o medo, o isolamento e a perda da auto-estima, como aspectos psicológicos presentes e vivenciados intensamente pelo paciente (Lampert & Wittin, 1999; Santos, 2004).

Com a realização da LT, algumas limitações funcionais trazem a necessidade de modificação nas atividades laborais, fato que gera sentimentos de menos valia, frustração e falta de motivação:

*“Eu era empreiteiro de obra, dos bons. Tenho uma firma de construção civil (...)Aposentei depois da cirurgia(...)Eu gostaria de voltar a trabalhar (...)”*

Segundo Dedivitis e cols. (2000), 60% dos portadores de câncer de laringe sobrevivem após cinco anos e esta sobrevivência vem acompanhada do impacto funcional do tratamento. É recorrente no discurso dos pacientes o sentimento de “anormalidade”. Torna-se nítido que o traqueostoma predispõe situações que o constrangimento e a vergonha são experimentados.

*“Eu não me achava mais uma pessoa normal, eu era diferente, eu sei...”*

*“...O outro neto meu que tem dez anos, esse estranhou um pouco no começo, porque ele me viu assim e porque ele me viu normal...”*

*“Dependendo do lugar que você chega(...), chama muita atenção”*

*“Quando você chega assim com essa cânula à vista todo mundo olha. E as crianças que ficam..., elas faltam pular no pescoço...”*

Contudo, a despeito das limitações funcionais e estéticas inerentes ao procedimento constatou-se uma apreciação positiva da cirurgia:

*(...) para aqueles que falam bem, pra aqueles que não conseguiram aprender bem a voz (esofágica), que eles conseguem superar, que a gente consegue superar, e mesmo aqueles que acham que não vão conseguir superar conseguem, é só ter o pensamento positivo, que vai conseguir. Se ela não fala ela tem que pensar: “*

*eu vou conseguir falar”, porque pra mim, depois de tudo que eu passei eu posso dizer que eu já venci uma parte, uma boa parte, porque eu vejo hoje a minha vida, uma vida normal (...)*

Pode-se perceber que apesar de todas as mudanças conseqüentes a cirurgia , o estar vivo e ter possibilidades de continuar projetos ou mesmo estabelecer novos, prevaleceu sobre as percepções dos eventuais prejuízos e dificuldades com as quais os pacientes se confrontaram.

#### **4. CONCLUSÃO**

Cada paciente tem um modo particular de enfrentar a doença e o tratamento. Isto irá variar de acordo com sua personalidade, seus princípios, seu contexto familiar e social, seus valores, entre outros. Apesar disto, o que verificamos é que comumente o momento da revelação do diagnóstico de câncer é vivido como uma crise, uma vez que esta notícia traz à tona uma série de representações negativas.

A interrupção de um cotidiano planejado, o adiamento de projetos, o sentimento de perdas que isto gera e o anuncio da condição de finitude que o diagnóstico carrega, foram experimentados pelos pacientes em nosso estudo.

A retaguarda familiar suportiva, apresentou-se como uma variável de extrema importância no enfrentamento tanto no pré-operatório, como no pós-operatório imediato ou tardio. Também pudemos observar nos pacientes para os quais esta retaguarda não foi oferecida, que o enfrentamento e o manejo das dificuldades inerentes à doença e ao tratamento foram mais penosos.

Observamos que a LT afetou diretamente a qualidade do convívio social. A convivência com o traqueostoma, a perda da voz foram conseqüências limitantes que demandaram readaptações que nem sempre foram facilmente alcançadas. Percebemos a tendência a uma atitude passiva e comportamento de evitação em situações que poderiam confrontá-los com as limitações. Constatamos que os pacientes apesar de vivenciarem

repercussões psicossociais que afetam suas relações familiares, sociais, ocupacionais e laborais que demandam ajustamento contínuo por parte destes, percebem a cirurgia como algo positivo, já que cada qual a sua maneira teve a possibilidade de dar continuidade a sua história de vida.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amar, A.; Rapoport, A.; Franzi, S. A.; Bisordi, C. & Lehn, C. N.(2002) Qualidade de Vida e Prognóstico nos Carcinomas Epidermóides de Cabeça e Pescoço. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 68 (3) Parte 1, Maio-Junho.

American Cancer Society (2004). What Are the Risk Factors for Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer?

[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_2X](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X)

What are the risk factors for Laryngeal and Hypopharyngeal cancer\_23.asp. Acesso em: 04/05/2004

Carvalho, J. T. (2000). O Tabagismo: Visto sob Vários Aspectos. São Paulo: Medsi.

Dedivitis, R. A.; Guimarães, A. V.; Hushi, G. D.; Fuza, K. R.(2000). Qualidade de Vida do Paciente Laringectomizado. Rev. bras. otorrinolaringol; 66(1):14-7, jan-fev.

Dedivitis, R. A.; Guimarães, A. V.; Souza Jr, J. L. (1999). Manual de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Frôntis Editorial, 64p.

Fernandes, K. P. (1999). Aspectos Psicológicos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Em: Filho, Vigilius J. F. Araújo; Brandão, Lenine Garcia & Ferraz, Alberto R. (1999) Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Keila & Rosenfeld.

Garriga-Garcia, E.; Galavis, V.; Garriga-Michelena, E.; Lugo, J. (1995). Impacto de La Laringectomia en Los Pacientes. Revista Venezolana de Oncologia, 7: 89-93 – Julio-Septiembre.

Gonçalves, AJ; Menezes, MB & Bertelli, AA. (2005). Câncer de Laringe. In: Gonçalves, AJ; Alcadipani, FC. *Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. Tecmedd. Ribeirão Preto.

Herranz, J.; Gavilán, J. (1999) Psychosocial Adjustment After Laryngeal Cancer Surgery. Ann Otol Laryngol, 108: 990-997.

Instituto Nacional de Câncer - INCA. [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=332](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332) Acesso em 26/03/2005

Katz, M. R.; Irish, J. C.; Devins, G. M.; Rodin, G. M.; Gullane, P. J. (2003) Psychosocial Adjustment in Head and Neck Cancer: The Impact of Disfigurement, Gender and Social Support. Head and Neck, February.

Lampert, M. H. & Witten, C. M. (1999) Reabilitação. Em: Love, Richard F. (1999). Manual de Oncologia Clínica. União Internacional Contra o Câncer. Springer-Verlag – Fundação Oncocentro: São Paulo (p.p. 587-597)

Leeuw, J. R. J. ; Graeff, A.; Ros, W. J. G.; Blijham, G. H., Hordijk, G-J; Winnubst, J. A. M. (2000) Prediction of Symptomatology After Treatment of Head and Neck Cancer: The influence of Pre-Treatment Physical and Depressive Symptoms, Coping and Social Support. Head and Neck, December.

List, M. A.; Rutherford, J. L.; Stacks, J.; Haraf, D.; Kies, M. S. & Vokes, E. E. (2002) An Exploration of the Pretreatment Coping Strategies of Patients with Carcinoma of the Head and Neck. Cancer: American Cancer Society, 1 (95): 98-104, July.

Minayo, M.C.S. (1998). Os desafios do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco.

Ministério da Saúde. Instituto nacional de Câncer. <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>.

Acesso em 04/05/2004

Moon, S.M. (1990). Family therapy and qualitative research. *J Marital and Family Therapy*, 16 (4): 357-73.

Pedrolo, F. T.; Zago, M. M. F. (2002) O Enfrentamento dos Familiares à Imagem Corporal alterada do Laringectomizado. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1): 49-56.

Ramírez, M. J. F.; Ferriol, E. E.; Doménech, F. G.; Llatas, M. C.; Suárez-Varela, M. M.; Martinez, R. L. (2003). Psychosocial Adjustment in Patients surgically Treated for Laryngeal Câncer. *Otolaryngology-Head and Neck surgery*, 129(1): 92-97, July.

Santos, D.A. (2004). A atuação do psicólogo junto a pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço. In: Bruscato, W.L.; Benedetti, C.; Lopes, S.R.A. *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Turato, E. R. (2003) Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico Epistemológica, discussão Comparada e aplicação nas áreas da Saúde e Humanas. Petrópolis, RJ: Vozes.

Vickery, L. E.; Latchford, G.; Hewins, J.; Bellew, M.; Feber, T. (2003) The Impact of Head and Neck Facial Disfigurement on the Quality of Life of Patients and Their Partners. *Head and Neck*, April.

**Endereço dos autores:**

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa: [lnfbpsi@uol.com.br](mailto:lnfbpsi@uol.com.br)

Daniela Achete Dos Santos: [danielachette@uol.com.br](mailto:danielachette@uol.com.br)

Mariana Xavier Amaral: [danielachette@uol.com.br](mailto:danielachette@uol.com.br)

Antonio José Gonçalves: [dr.goncalves@uol.com.br](mailto:dr.goncalves@uol.com.br)

Wilze Laura Bruscato: [cepsico@santacasasp.org.br](mailto:cepsico@santacasasp.org.br)