

A IMAGEM CORPORAL ALTERADA DO LARINGECTOMIZADO: RESIGNAÇÃO COM A CONDIÇÃO

The Altered Body Image of the Laryngectomized: Resignation with the Condition

Flávia Tatiana Pedrol¹, Márcia Maria Fontão Zago²

Resumo

Com a finalidade de adequar a assistência ao laringectomizado, este estudo tem o objetivo de identificar as dimensões da alteração da sua imagem corporal. Trata-se de um estudo exploratório realizado com 9 laringectomizados, no qual a coleta de dados ocorreu com base na entrevista semi-estruturada. Na análise dos dados foram identificadas duas categorias analíticas: reconhecimento e enfrentamento da imagem corporal alterada. Essas categorias foram integradas no tema “resignação com a imagem corporal alterada”, que revela as dimensões como um processo de resistência ao ideal de imagem corporal. Como tal, reflete uma condição de sofrimento e desafios que requerem intervenção da equipe de saúde.

Palavras-chave: imagem corporal; imagem corporal alterada; laringectomizado.

Abstract

This study was carried out to identify the dimensions of the body image changes of laryngectomized patients, in order to adjust their care. It consisted of an exploratory study with 9 patients submitted to total laryngectomy, and the data collection was based on the semi-structured interview. Analysis of the data permitted to identify two categories that were integrated into the theme “resignation with the altered body image”, that reveals the dimensions as a process of resistance to the ideal of body image. This reflects suffering and challenges that require the intervention of the attending health team.

Key words: body image, altered body image, laryngectomized patient.

Local de realização do trabalho: Grupo de Apoio e Reabilitação da Pessoa Laringectomizada – GARPO – Laringectomizados, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

1- Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, bolsista de iniciação científica da FAPESP, processo no. 98/13874-7, participante do GARPO -Laringectomizados

2- Enfermeira, Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Coordenadora do Grupo de Apoio e Reabilitação da Pessoa Ostomizada – GARPO-Laringectomizados

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14090-902 - Ribeirão Preto - SP. E-mail: mmfzago@glete.eerp.usp.br

Introdução

Independentemente do tipo de cirurgia a que um paciente submete-se, ele terá sempre algum grau de alteração da sua imagem corporal. A alteração da imagem corporal, no paciente cirúrgico, tem sua origem na incisão da pele e posteriormente na cicatriz. Assim, pode-se dizer que a cicatriz é a característica definidora para se rotular um paciente como cirúrgico e, conseqüentemente, para caracterizá-lo como tendo uma imagem corporal alterada. Porém, há situações cirúrgicas que acarretam danos mais agressivos para a imagem corporal do paciente, como na situação da realização de estomas permanentes.

Na convivência com os laringectomizados participantes do Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizados (GARPO – Laringectomizados), percebemos que há diferentes modos de eles reagirem ao problema. Chama-nos atenção o fato de que eles raramente colocam em discussão, no grupo, as questões relacionadas à alteração da imagem corporal.

Entretanto, a equipe de saúde que assiste este indivíduo deve ter responsabilidades de avaliar a sua imagem corporal para poder planejar e implementar as ações de intervenção em todos os períodos da reabilitação, com a finalidade de promover a sua reabilitação social.

O objetivo deste estudo é “identificar as dimensões da imagem corporal atribuídas pelo laringectomizado”.

Imagem Corporal Normal e Alterada

A imagem corporal é um conceito abstrato que todo ser humano possui porém nem sempre é reconhecida.

PRICE⁹ define imagem corporal (IC) como sendo como nós nos sentimos e pensamos sobre o nosso corpo e a nossa aparência corporal. Segundo o autor, os sentimentos e as atitudes relacionadas à IC formam um conceito de corpo que são fundamentais para uma vida social mais adequada.

Segundo o autor, o conceito de IC é considerado sob o ponto de vista psicanalítico, ou seja, a imagem corporal é uma representação internalizada e aprendida do corpo. Ela pode

ser compreendida por três elementos: o modo pelo qual percebemos e sentimos o nosso corpo (realidade do corpo), como o nosso corpo responde ao nosso comando (apresentação do corpo) e o padrão internalizado pelo qual os dois aspectos anteriores são julgados (ideal de corpo).

A realidade do corpo refere-se ao aspecto físico, originado pelo código genético e moldado pelas influências do estilo de vida. Quando são feitas comparações, elas relacionam-se às normas da espécie humana, ou seja, à raça do indivíduo.

A apresentação do corpo refere-se ao modo como ele deveria mover-se e posicionar-se. Todo indivíduo é capaz de rever de forma consciente não somente a aparência do corpo, mas como ele funciona quando solicitado pela nossa vontade, em uma variedade de circunstâncias sociais e pessoais.

O ideal de corpo é um aspecto avaliado em relação a uma imagem ideal. As pessoas desenvolvem diferentes significações do ideal do corpo, segundo normas socioculturais. As normas pessoais do ideal de corpo estão relacionadas com: conforto, contornos, tamanho e peso, idade, proporções, odores, coordenação, força e função, confiança e controle, e imagem do corpo.

Outra consideração importante é que a IC é central para a criação de uma auto-imagem positiva, que é construída sob nossas opiniões de valor e respeito. Desse modo, alterações na IC podem alterar o nosso auto-respeito e limitar as nossas oportunidades.

A imagem corporal alterada (ICA) é definida por PRICE⁹ como sendo qualquer alteração significativa na IC que ocorre fora dos domínios do desenvolvimento. Entretanto, a definição da nova imagem, pelo indivíduo, dependerá das suas experiências, da sua adaptação a ela e da IC normal. Quanto mais flexível for a personalidade do indivíduo, mais fácil será a adaptação à imagem corporal alterada.

Conseqüentemente, o modo como o indivíduo reagirá a uma ICA dependerá dos seguintes fatores: estratégias de enfrentamento normais, origem da alteração, importância da nova imagem para o futuro do paciente, tipos e possibilidades de apoio que o paciente pode receber enquanto ajusta-se à nova imagem do corpo⁹.

Alguns autores pesquisaram sobre a ICA do laringectomizado. KRAUSE; KRAUSE & FABIAN⁴ estudaram a adaptação de pacientes de cabeça e pescoço no pós-operatório. Aplicaram questionários para avaliar a depressão, a IC, as limitações físicas, a dor, os problemas financeiros, a necessidade de ajuda no domicílio e a interação social. Os resultados mostraram que a dor, a fadiga, a fraqueza e a afonia são as principais preocupações. Em relação à IC e ao auto-conceito, os resultados mostraram que esses aspectos não se alteraram após a cirurgia.

MATHIELSON, STAM & SCOTT⁷ argumentam que as pesquisas mais recentes confirmam que os fatores psicossociais que afetam os resultados da reabilitação dos pacientes de cabeça e pescoço são complexos. Os autores realizaram uma revisão da literatura e concluíram que a reabilitação do laringectomizado envolve três grandes áreas de problemas: a recuperação da fala, a condição psicológica e a qualidade de vida. Essas áreas formam uma rede que contribuem para a condição psicológica do laringectomizado e de como lidar com a ICA.

JAY, RUDDY & CULLEN³ identificaram a prevalência dos problemas entre pacientes submetidos à laringectomia total e parcial, e avaliaram a aceitabilidade da cirurgia pelos pacientes. Os resultados mostraram que 51% dos pacientes sentiam-se socialmente aceitos e que esse fator não foi reduzido pela alteração da IC. Os autores utilizaram um questionário, não validado, que focalizava as seguintes variáveis: recuperação da fala, função nasal, deglutição, estoma, relação da doença com o tabagismo, natação, atividade sexual, atividade social, aceitabilidade da cirurgia.

A deficiência funcional (afonia) e o desfiguramento físico (estoma) contribuem para o estigma dos laringectomizados e comprometem a sua qualidade de vida. Os dados foram coletados por DEVINS, STAM & KOOPMANS¹ entre 51 laringectomizados, por meio da entrevista padronizada. Os resultados indicaram que o estigma e a intrusão da doença estão relacionados com o bem estar e a angústia emocional; a intrusão da doença influencia a relação entre o estigma e as respostas psicossociais; o impacto psicossocial da intrusão da doença é mais devastador no contexto da auto percepção altamente

estigmatizada, e os perfis da intrusão da doença nos domínios da vida podem estar associados às respostas psicossociais específicas. Os autores demonstram que a intrusão da doença é um determinante do impacto psicossocial na doença crônica.

DROPKIN² desenvolveu um estudo com 117 pacientes de cabeça e pescoço adultos, com o objetivo de determinar se o uso de estratégias de enfrentamento por um indivíduo, aprendida anteriormente à cirurgia, para lidar com o desfiguramento facial, prediz a efetividade do enfrentamento após a cirurgia. A autora utilizou uma escala validada e, pela análise de correlação descritiva, concluiu que o apoio recebido antes da cirurgia facilitou o enfrentamento do desfiguramento no pós-operatório, com a redução do período de internação.

McQUELLON & HURT⁸ revisaram a literatura sobre o impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer de laringe e concluem que os profissionais de saúde e os laringectomizados avaliam as dimensões de qualidade de vida de modo diferente. Os pacientes focalizam com maior importância às mudanças no estilo de vida e as consequências físicas da laringectomia. Por outro lado, os profissionais de saúde dão maior importância à afonia, à possibilidade da recorrência da doença e à auto-imagem. Os autores ressaltam a importância de uma avaliação diagnóstica precisa do impacto do tratamento, na perspectiva do paciente.

Embora os estudos citados apresentem resultados interessantes para a apreensão da importância da IC no contexto da reabilitação do laringectomizado, consideramos que muitos dos estudos focalizaram o desenvolvimento de instrumentos de medida, em detrimento de resultados que forneçam diretrizes para a atuação com a IC dos laringectomizados. Esta crítica fundamenta-se na própria afirmação dos autores quanto ao uso de itens de instrumentos anteriormente elaborados, da área da psicologia psicométrica⁸.

PRICE⁹ considera que a avaliação do cuidado com a IC envolve uma revisão cuidadosa de três seus elementos: a realidade, a apresentação e o ideal de corpo. Sugere ainda que os padrões do cuidado com a IC devam ser expressos em termos qualitativos,

ou seja, em termos de satisfação do paciente, conforto e de interação social.

Metodologia

Para o alcance do objetivo proposto, utilizamos a abordagem metodológica qualitativa, segundo LUDKE & ANDRÉ⁵. Os dados qualitativos permitem apreender o aspecto multidimensional dos fenômenos, capturando os diferentes significados e favorecendo a compreensão das dimensões da IC atribuídas pelo laringectomizado.

A amostra intencional selecionada para o estudo constituiu de 9 pacientes participantes do GARPO - Laringectomizados. Destes entrevistados, 7 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino. A média de idade dos participantes é de 61 a 70 anos e todos os pacientes submeteram-se à laringectomia total. O período de pós-operatório é de 5 meses a 3 anos. A maioria dos entrevistados não chegou a completar o 1º grau. Entre os participantes entrevistados, 7 são aposentados e somente 2 continuam com as atividades profissionais. Foi observado que 3 dos participantes fazem uso de cânula de traqueostomia; os 9 pacientes apresentam secreção e tosse constantes; 7 usam protetor de traqueostomia; 2 pacientes se comunicam por meio de mímica labial e escrita e os outros pela voz esofágica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar, da qual os informantes eram originados, e todos assinaram o termo de consentimento informado e esclarecido.

A coleta de dados ocorreu nas reuniões do GARPO e na residência de cada paciente, sendo realizada por entrevistas semi-estruturadas, norteadas pelas questões:

1- Apresentação do corpo

- O que o senhor pensa sobre a imagem do seu corpo depois da cirurgia?
- O senhor preocupa-se com a sua aparência?

2- Realidade do corpo

- Como é o seu corpo hoje?
- O senhor realiza o auto-cuidado com a traqueostomia, fisioterapia com o pescoço, ombro e cabeça e tem alguma atividade física que não consegue realizar?

- O fato de ter a traqueostomia atrapalha a sua vida de alguma forma?

3- Ideal de corpo

- Com a cirurgia, o que mudou em seu corpo?
- A idade mudou o seu corpo?
- O que faz quando as pessoas percebem sua imagem corporal alterada?
- Quem fornece apoio nos momentos de dificuldade?

As entrevistas foram realizadas nos horários agendados pelos informantes e tiveram duração média de cinquenta minutos; foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Foram realizadas, em média, duas entrevistas com cada laringectomizado. O conteúdo das entrevistas foi validado pelos informantes.

A análise dos dados foi desenvolvida pelas seguintes etapas: organização dos dados, leitura flutuante dos mesmos, delimitação dos conteúdos dos dados em códigos ou categorias empíricas, novas leituras em busca de inferências de significados, identificação de categorias analíticas. As categorias analíticas foram integradas em um tema. Essa última etapa consiste na interpretação dos dados quando estes são reagrupados e transformados os seus sentidos, em busca dos significados, das dimensões da IC.

As Dimensões da ICA do Laringectomizado

Foram identificadas as seguintes categorias empíricas: atividade social, conseqüências físicas, discriminação, imagem negativa e positiva, limitações, mudanças, reações, enfrentamento, apoio da família, fisioterapia, isolamento social, preocupação, auto-cuidado idade, indiferença, vontade divina.

Essas categorias empíricas originaram duas categorias analíticas: reconhecimento da ICA e enfrentamento da ICA.

Integrando essas duas categorias, delimitamos como tema do estudo “a resignação com a ICA”, com o qual apresentamos a interpretação das dimensões atribuídas pelos laringectomizados.

1- Reconhecimento da alteração da IC

O impacto visual das mutilações pela

laringectomia total é um fato, pois, essas estão estampadas nos contornos do pescoço, dificultando a possibilidade de recursos que disfarcem a existência do estoma e do afunilamento do pescoço. Assim, qualquer indivíduo que se defronta com o laringectomizado, com um pouco de atenção, percebe as alterações na sua IC.

Nos dados, as limitações físicas ocorridas são os conteúdos mais citados relacionados à IC. Refere-se, na presença da traqueostomia, ao edema facial, às limitações do ombro, braço e pescoço e a mudança da função respiratória.

“Com a cirurgia o meu corpo mudou um pouco, agora eu tenho traqueostomia, ainda estou um pouco inchada, emagreci um pouco também e ainda tenho limitações com os braços, pescoço e cabeça.”

“Mudou um pouco a minha feição, o pescoço parece que ficou um pouco mais curto e mais fino, fiquei diferente.”

“... além da traqueo, foi a minha respiração que ficou diferente, fazendo com que eu me cansasse mais rápido.”

Evidentemente, as limitações de ordem física geram mudanças nos comportamentos sociais gerais:

“Tenho poucas atividades de lazer. A principal é passear. Continuo com as minhas atividades profissionais e não tenho atividades sexuais.”

As mudanças na IC provocam reações diversas nas pessoas que dificultam o retorno do laringectomizado ao convívio com os amigos e os familiares e, portanto, o seu processo de reintegração social:

“... é muito difícil ser rejeitado... primeiro vem o nojo, o medo. Depois o abraço de longe e tem pessoas que não adianta explicar o problema que elas continuam agindo da mesma maneira. Parece que a doença que tive é contagiosa...”

“... logo após a cirurgia, tive períodos difíceis dentro da família. Meu filho ficou muito revoltado por eu ter perdido a voz e com isso não dava o apoio que eu estava precisando naquele momento. Foi aos poucos que ele conseguiu aceitar. Tive também muitos familiares que se afastaram, na época, talvez por nojo, ou medo que fosse uma doença contagiosa, e que até hoje se mantém distantes. Com isso me senti muito rejeitado, desprezado...”

As limitações físicas e sociais repercutem

nas atividades laborais:

“... A atividade profissional eu não tenho mais...”

“Mas a traqueo atrapalha um pouco na hora de arrumar emprego...”

O reconhecimento da ICA ocorre de forma progressiva e contínua, à medida que o tempo vai passando. Relaciona-se diretamente com as interações da pessoa laringectomizada, no seu cotidiano, ora gerando revolta, ora gerando dependência:

“Achei muito ruim a minha imagem depois da cirurgia. Parece que meu pescoço ficou meio torto e eu emagreci bastante também.”

“... mais do que ter a traqueo e de não me sentir muito à vontade na frente das pessoas, foi pior ter ficado muito dependente e ter que usar o protetor para não assustar as pessoas...”

Considerando que a média de idade dos laringectomizados é de 61 a 70 anos, apreendemos que a idade cronológica não é apresentada como um fator relevante para o reconhecimento da ICA. O declínio da estrutura e função dos sistemas corporais é interpretado como um resultado normal da maturação, segundo as normas de ideal de corpo.

“... com a idade o meu corpo mudou um pouco. Mas é por causa da idade mesmo!!! Fiquei mais velha, mais lenta, foi só isso!”

“Com a idade o meu corpo mudou, mas o natural da idade mesmo. Me sinto muito bem, estou mais disposto e até mais ágil!”

O processo de reconhecimento da nova apresentação do corpo é dinâmico, ocorre à medida que a pessoa busca retomar as suas funções sociais, no contexto familiar e com os amigos, e permeada por emoções e infortúnios.

Para os laringectomizados, o estoma, no pescoço, é a estampa principal da alteração da IC. Isso provoca reação nos outros, estigmatizando o paciente que passa, então, a confrontar-se com a sua nova apresentação e realidade do seu corpo, que se chocam com o seu ideal de corpo e o das pessoas íntimas. Dessa forma, a IC do laringectomizado é reconhecida como alterada, pois no mundo social, as reações negativas dos outros é evidente.

Em um estudo anterior ZAGO *et al.*¹² identificaram que a percepção da ICA é um aspecto da categoria analítica “ser diferente”,

que integra o significado cultural de ser laringectomizado.

2- Enfrentamento da ICA

Na categoria anterior, a ICA é analisada sob uma avaliação cognitiva, uma mediação entre o ideal de corpo anterior e após a cirurgia.. Essa avaliação cognitiva é um processo pelo qual um evento é avaliado quanto ao que está em risco e ao que deve e pode ser feito, ou seja, como enfrentá-lo. O enfrentamento, como processo cognitivo e comportamental, é desenvolvido para controlar as necessidades externa e interna do indivíduo, e emerge como estratégia para lidar com a situação estressante. Nessa situação, o enfrentamento é necessário para manter os desafios positivos e afastar as ameaças, como também reduzir ou eliminar a fonte de estresse¹⁰.

O enfrentamento dependerá dos recursos pessoais como: saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, auto-estima, autocontrole, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e práticas sociais. Os recursos externos são outro ponto importante para o indivíduo, como suporte social (família, amigos, grupo de apoio) e os recursos materiais¹⁰.

O processo de enfrentamento da ICA inicia-se logo após a cirurgia, ainda no ambiente hospitalar, como referem alguns laringectomizados:

"...logo após a cirurgia sentia muita revolta, por eu não ter me cuidado melhor, mas procuro não me culpar mais por isso, tento não pensar..."

"Quando me olhei pela primeira vez no espelho eu me achei horrível. Mas estava contente por estar vivo e sem dor. Me achei muito feio..."

Segundo Jalowiec, *apud* SMELTZER & BARE¹⁰ há cinco formas predominantes de enfrentamento da doença: tentar ser otimista com os resultados, usar o suporte social, usar recursos espirituais, tentar manter o controle da situação ou sentimentos e tentar aceitar a situação. Em geral, segundo a autora, há uma combinação das formas.

Essas formas de enfrentamento foram apreendidas nas falas de vários informantes:

"... adaptar da melhor forma. Sei que sou diferente, que tenho esse buraco no pescoço, e não fico muito à vontade com isso. Preocupo-

me com a reação das outras pessoas, mas esse buraco grande que tenho é minha salvação e tenho que gostar dele agora."

"... hoje estou bem, estou feliz estou falando novamente, de um jeito diferente, mas estou falando!"

As falas acima explicitam a forma de enfrentamento dos pacientes, tentando aceitar a situação da ICA, substituindo o enfoque no problema para o da sobrevivência à doença e ao procedimento cirúrgico¹³.

O grande desafio para os pacientes é a atitude de olhar-se no espelho:

"... não costumo me olhar muito no espelho. Só olho para ver se não tem nenhuma diferença, se não apareceu nada de novo no meu corpo."

"... hoje eu evito me olhar no espelho... embora tenha aceitado a minha aparência por ser a condição para eu continuar vivo."

O segundo desafio é conviver com a reação das pessoas à sua ICA, que leva o paciente a outras formas de estratégias de enfrentamento:

"Quando as pessoas percebem minha imagem alterada eu não me preocupo, mas quando ficam olhando demais... isso me incomoda!"

"... fico bastante acanhado com isso, mas tento tocar o barco para frente, não ligo muito ou pelo menos lidar da melhor maneira."

Conseqüentemente, o isolamento social é uma estratégia comum :

"... me chateia demais! Comecei a sair menos, a deixar de fazer as coisas que fazia antes."

"... não gosto de lugares com muita gente, nem com muito barulho. Saio pouco."

A estratégia de isolar-se socialmente é uma atitude para se proteger das reações de estigma dos outros:

"... só fico um pouco chateado quando as pessoas se assustam ou ficam olhando com nojo. Não fico muito à vontade... isso atrapalhou um pouco a minha vida."

"... e pela imagem que mudou também. Com isso, o meu convívio social também mudou. Tive que fechar um comércio que eu tinha porque não me comunicava muito bem com os clientes."

Seguindo o pressuposto de que o ensino do paciente laringectomizado tem como finalidade promover a sua independência e auto-estima, este processo é desenvolvido com todos os pacientes, na instituição hospitalar na qual os participantes deste estudo originam-se. No estudo de ZAGO¹¹, a realização

do auto-cuidado com a traqueostomia e a fisioterapia com o braço, ombro, pescoço e cabeça são fundamentais para a reabilitação do laringectomizado para o início do enfrentamento da ICA. A fala abaixo explicita a valorização dessas aprendizagens:

“Quando usava a cânula, eu mesma realizava o cuidado. Aprendi rápido e nunca tive problemas.”

Conhecedores da gravidade do câncer de laringe e vivendo as conseqüências dos procedimentos terapêuticos mutiladores, a preocupação com a cura emerge como uma estratégia de enfrentamento da situação e do futuro:

“Eu não me preocupo muito com a minha aparência, o importante é que eu estou bem estou curado.”

“...hoje, em relação a minha aparência já me acostumei. Tento olhar pelo lado bom, o de estar bem, sem dor e vivo!”

Entretanto, a preocupação com a recidiva da doença ainda é uma constante:

“... não costumo me olhar muito no espelho. Só olho para ver se não tem nenhuma diferença, se não apareceu nada de novo em meu corpo...”

“Costumo olhar o meu corpo inteiro, todos os dias, para ver se não tem nenhuma diferença. Hoje tenho essa preocupação... qualquer coisinha, eu já corro para o médico.”

Os laringectomizados utilizam-se de estratégias cognitivas, fundamentadas nos seus recursos internos, para lidar com a ICA. Porém, a família é considerada por todos os informantes como o recurso externo fundamental de apoio para o enfrentamento:

“Quem me fornece apoio nos momentos difíceis é a minha família, me dando força, não deixando eu desanimar e me acalmando nos momentos difíceis, mostrando que eu não estou sozinha.”

“Meus amigos me fornecem muito apoio. Minha irmã, a família toda me dá muito apoio nos momentos em que preciso. Tenho um bom relacionamento familiar, eles me entendem muito e me tratam como antes.”

Os relacionamentos e os sentimentos existentes antes da cirurgia são uma referência para o enfrentamento. Sentirem-se como indivíduos normais e serem tratados com a mesma referência de antes da cirurgia, é um sentimento compartilhado e almejado por todos.

ZAGO *et al.*¹³ no estudo sobre o adoecimento pelo câncer de laringe, apresentam que a realidade clínica da condição de saúde dos pacientes envolve a dialética da normalidade e anormalidade da IC (segundo o referencial do paciente e família). A normalidade refere-se à sobrevivência ao câncer e na manutenção das atividades diárias mínimas (como ajudar nas atividades domésticas). A anormalidade refere-se às conseqüências mutiladoras da cirurgia pela alteração da comunicação (afonia) e da ICA, que determinam a lamentação pelas perdas nos relacionamentos interpessoais e sociais (dependência na família e isolamento social).

Na busca para conviver com a sua nova IC, os laringectomizados lançam mão de diferentes estratégias de enfrentamento, fundamentadas no seu conhecimento e no seu sistema de valores socioculturais. Assim, a IC não é somente desenvolvida dentro de um contexto social, ela também é usada dentro dele, para assegurar as oportunidades de vida que surgem.

Para Dion, Berscheid e Walster, *apud* PRICE⁹, a atração física é um aspecto fundamental para as relações sociais dos indivíduos, sendo um estereótipo que opera em todos os níveis sociais. Os problemas que emergem com a ICA são, em parte, uma ilustração da dificuldade de controle do sucesso ou de adaptar-se ao mundo social.

3- A resignação com a ICA: um processo de resistência à norma de ideal de IC

Integramos as categorias descritas anteriormente no tema “A resignação com a ICA: um processo de resistência à norma de ideal de IC”.

LOCK & SCHEPER-HUGHES⁶ relatam que o significado de corpo é culturalmente construído e, através do tempo, é constantemente re-interpretado. Entre os conceitos apresentados pelas autoras, destacamos os de corpo social e político.

O corpo social refere-se aos usos representativos do corpo como um símbolo natural, com o qual se pensa sobre a natureza, a sociedade e a cultura, ou seja, o ideal de corpo.

O corpo político refere-se à regulação, à sobrevivência e ao controle dos corpos individual e coletivo, na reprodução, na sexualidade, no trabalho, no lazer e na doença. Na cultura ocidental, o controle do corpo político se faz através da norma de “beleza”.

As re-interpretações dos conceitos de corpos, que ocorrem com a intermediação das emoções que influenciam o modo pelo qual o corpo e a doença são encarados, são projetadas nas imagens do corpo social e político. As emoções, segundo as autoras, englobam tanto sentimentos, orientações cognitivas, moralidade pública e ideologia cultural. É a força e a intensidade das emoções que direcionam a ação humana.

Quando a doença e o infortúnio são conceituados como condições que ocorrem com pessoas reais, elas buscam através de processos cognitivos e comportamentais, como o enfrentamento, uma forma de resistirem passivamente às normas culturais.

Transpondo esses pressupostos para as dimensões da IC atribuídas pelos laringectomizados, consideramos que o reconhecimento e o enfrentamento da ICA são processos de conscientização do diagnóstico de uma doença grave, câncer, da cirurgia mutilatória, que geram várias conseqüências para a sua vida.

Nas falas apresentadas está explícito que a nova IC gera emoção, sofrimento, desafio, re-avaliações e novas estratégias cognitivas e comportamentais.

“... imagem para mim é normal, vai fazer o quê! Foi preciso! Era a única maneira de continuar vivo.”

“Depois da cirurgia comecei a me sentir um estranho. Sentia que as pessoas se afastavam de mim... Comecei a me sentir rejeitado e com isso muita tristeza...”

Enquanto corpo social, a ICA do laringectomizado choca-se com as normas culturalmente estabelecidas para o ideal de IC. Considerando as características sócio-econômico-educacionais dos informantes, os valores culturais referentes ao gênero e papel social, os laringectomizados, ao reconhecerem a sua ICA, vivenciam conflitos e infortúnios intensos. Buscando por soluções, eles fazem valer o seu corpo político como modo de sobreviver a essas normas e valores, resistindo, revalorizando a vida.

A resistência é passiva por que “*aceita*”, “*adapta-se*” à nova condição de perdas de papéis e de imagem do corpo, por ter sobrevivido ao câncer e a cirurgia.

A resignação ou resistência passiva é um dinâmico. À medida que o tempo passa, o laringectomizado re-elabora os seus ideais de IC, confrontados com a sua real condição de ser afônico, de utilizar uma nova voz para comunicar-se, de apresentar uma traqueostomia, apesar dos recursos utilizados para “disfarçar” a sua presença. Nesse sentido, cabe ressaltarmos que alguns laringectomizados não aceitam a utilização desses recursos (protetor de traqueostomia), devido a sua determinação em enfrentar o conceito dominante de ideal de corpo.

De qualquer modo, prevalece entre os informantes o processo de conviver com a sua condição, que demonstra uma resistência, uma resignação e a conveniência de tal estratégia.

Considerações Finais

Pelo tema desenvolvido neste estudo, as dimensões da ICA atribuídas pelos laringectomizados são consideradas sob a ótica da resistência às normas socioculturais de ideal de corpo, como uma forma passiva. Porém, ela lhe restitui o seu papel social, com modificações. O estudo mostra que as dimensões da ICA são um processo de sofrimento e de desafios que requer a utilização dos seus recursos internos e de recursos externos (família, profissionais de saúde e grupo de apoio), mesmo entre os que conseguiram a reabilitação vocal.

Assim, as dimensões da ICA atribuídas pelos laringectomizados contestam os resultados dos estudos realizados por KRAUSE, KRAUSE & FABIAN⁴ e por JAY, RUDDY & CULLEN³, citados anteriormente. Os resultados confirmam de que o desfiguramento facial é uma dificuldade para a qualidade de vida do laringectomizado. Compartilhamos das considerações de PRICE⁹ e de McQUELLON & HURT⁸ de que a avaliação da ICA deve ser expressa em termos qualitativos e precisa ser considerada sob a perspectiva do paciente.

Ao mesmo tempo, os resultados eviden-

ciam a importância dos profissionais de saúde em qualificarem a sua assistência quanto a esse aspecto, desde o período de internação hospitalar e até o seguimento após a alta hospitalar.

O nosso interesse pelo tema não se esgota com esse estudo. Pelas falas dos informantes ficou clara a importância do envolvimento da família, como suporte social, para o enfrentamento da ICA. Entretanto, como a família reage à ICA do laringectomizado é um assunto ainda a ser estudado.

Referências Bibliográficas

1. DEVINS, G.M.; STAM, H.J.; KOOPMANS, J.P. Psychosocial impact of laryngectomy mediated by perceived stigma and illness intrusiveness. *Canadian Journal of Psychiatry* 1994; 39(10):608-616.
2. DROPKIN, M.J. Coping with disfigurement disfunction and length of hospital stay after head and neck cancer surgery. *ORL-Head Neck Nurs* 1997; 15(1):22-26.
3. JAY, S.; RUDDY, J.; CULLEN, R.J. Laryngectomy: the patient's view. *J Laryngol Otolaryngol* 1991; 105: 934-938.
4. KRAUSE, J. H.; KRAUSE, H. J.; FABIAN, R.L. Adaptation to surgery for head and neck cancer. *Laryngoscope* 1989; 99(7):789-794.
5. LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
6. LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N. A critical-interpretative approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In: JOHNSON, T.M.; SARGENT, C.F. *Medical Anthropology: contemporary theory and method*. New York: Praeger, 1990; cap.3, p. 47-72.
7. MATHIELSON, C.M.; STAM, H.J., SCOTT, J.P. Psychosocial adjustment after laryngectomy: a review of the literature. *J Otolaryngol* 1990; 19(5):336.
8. McQUELLON, R.P.; HURT, G.J. The psychosocial impact of the diagnosis and treatment of laryngeal cancer. *Otolaryngol Clinics of North America* 1997; 30(2):231-241.
9. PRICE, B. *Body image: nursing concepts and care*. Great Britain: Prentice Hall, 1990.
10. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médica cirúrgica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1998. cap.9, p.92-102.
11. ZAGO, M.M.F. Plano de ensino para o preparo da alta médica do paciente laringectomizado. 1990. 145p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
12. ZAGO, M.M.F.; SAWADA, N.O.; STOPA, M.J.R.; MARTINEZ, E.L. O significado cultural de ser laringectomizado. *Rev Bras Cancerol* 1998; 44(2):139-145.
13. ZAGO, M.M.F.; BARICHELLO, E.; HANNICKEL, S.; SAWADA, N.O. O adoecimento pelo câncer de laringe. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. e CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10. Florianópolis. Anais... Florianópolis, 1999.