

ASPECTOS QUALITATIVOS DA REABILITAÇÃO DE PACIENTES LARINGECTOMIZADOS

FRIDA M HOROVITZ HELSINGER¹, CÉLIA SCHWARZ SEIF²

Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro — RJ

RESUMO

O presente trabalho visa apresentar os resultados obtidos na pesquisa realizada no Instituto Nacional de Câncer — RJ, para verificar fatores que influenciam na reabilitação de pacientes submetidos à laringectomia total.

Tal objetivo deve-se, por um lado, à compreensão de que a cirurgia desencadeia, além da perda da fala, reações psicológicas que necessitam de assistência adequada dirigida para a posterior adaptação do paciente à sua nova condição. Por outro, deve-se a observações empíricas, colhidas através da assistência psicológica, que demonstraram a existência de um grupo de fatores que podem servir como indicadores prévios da futura reabilitação dos pacientes.

Pretende, portanto, responder às questões referentes à possibilidade de planejamento terapêutico e preventivo, facilitadores da obtenção de resultados positivos na assistência global prestada aos pacientes e indicar dados precisos que possam contribuir para a avaliação da qualidade de vida posterior ao tratamento.

UNITERMOS: *psicologia, câncer, reabilitação; laringectomia*

INTRODUÇÃO

Pesquisas desenvolvidas por diversos autores¹⁻² demonstraram haver uma íntima relação entre o êxito no tratamento do câncer e as reações psicológicas dos pacientes. Certamente tais reações transcendem uma regra geral, porém, alguns trabalhos³⁻⁴ já conseguiram organizar um quadro relativamente homogêneo sobre a configuração da personalidade pré-mórbida dos pacientes portadores de neoplasias malignas.

Atualmente, com o avanço das possibilidades de tratamento desta patologia, o que se constata é uma freqüente necessidade de se avaliar a qualidade de vida e, por sua vez, a personalidade, o ambiente familiar, os elementos de ordem social e profissional que influenciam no processo de reabilitação dos laringectomizados. Contudo, apesar de inúmeras consultas às publicações específicas das áreas de cancerologia, psicologia e reabilitação, não foram encontradas pesquisas similares que avaliassem em que medida tais fatores são determinantes na posterior readaptação do paciente laringectomizado à sua nova condição.

É fundamental, entretanto, salientar que o conceito de reabilitação aqui mencionado remete à possibilidade de retorno do paciente à rotina de vida mais próxima da que possuía antes de ser submetido à cirurgia em pauta. Este tipo de enfoque difere daquele que pretende, de algum modo, proporcionar mudanças substanciais, quer na personalidade, ou em qualquer outra área de vida.

A principal proposta em nossa abordagem é procurar formas que possam proporcionar harmonia entre as possibilidades reais do paciente e sua melhor utilização durante o tempo de vida que possui.

Por sua vez, é muito comum atribuir-se, como principal seqüela dos laringectomizados, a perda da voz a ser "restituída". Entretanto, esta conseqüência cirúrgica necessita ser compreendida e trabalhada em toda a sua extensão.

É também através da aquisição da linguagem nos primeiros tempos de vida que a criança adquire maior autonomia e condições de adaptação ao meio ambiente. Além de constituir-se em instrumento precioso de comunicação, a fala re-

¹Serviço de Psicologia. ²Serviço de Reabilitação, Setor de Fonoaudiologia. Trabalho apresentado no X Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Rio de Janeiro, setembro 1985. Endereço para correspondência: ¹Praça Cruz Vermelha, 23 — 20230 — Rio de Janeiro — RJ

presenta a possibilidade de manifestação de pensamentos e emoções peculiares. Assim, auxilia de modo inequívoco na construção do sentimento de identidade, ou seja, na capacidade de cada um sentir-se singular, simultaneamente igual e diferente de todos os demais, havendo, porém, a permanência das características individuais durante todo o tempo de vida, apesar das mudanças externas.

Deste modo, quando empreendemos realizar um levantamento sobre os principais fatores que contribuem para a futura reabilitação do paciente laringectomizado, tomamos, como ponto de referência, o êxito na aprendizagem da voz esofágica, por ser este recurso já um primeiro indicador da busca de adaptação do sujeito à sua nova condição.

Procuramos, portanto, demonstrar em nosso trabalho, realizado com 54 pacientes submetidos à laringectomia total, fatores que podem ser considerados facilitadores ou não da sua posterior adaptação às rotinas de vida anteriores à cirurgia.

Para tal, separamos a amostragem em dois grupos: **1** — Os que obtiveram êxito na aprendizagem da voz esofágica; e **2** — Os que não obtiveram tal êxito. A apuração dos dados será realizada separadamente em ambos os grupos, para que a comparação dos resultados possa evidenciar diferenças significativas que servirão de base para a análise e conclusões apresentadas.

MATERIAL E MÉTODO

Foram convocados, através de correspondência, 86 pacientes escolhidos aleatoriamente, dentre os que foram submetidos à laringectomia total, no período de 1982-1985, e ainda separados em dois grupos, ou seja: os que se submetem à aprendizagem da voz esofágica e os que não retornaram para a aprendizagem. A amostragem final ficou com 27 pacientes em cada grupo, num total de 54.

O instrumento utilizado foi um questionário seguido de entrevistas, cujas questões foram construídas com a finalidade de avaliar as seguintes áreas:

- história pregressa;
- relações entre as formas de reação psicológica anterior e posterior à cirurgia, diante de situações de vida conflituosas;
- relacionamento social, familiar, afetivo e profissional anterior e atual;
- relações entre o aparecimento do câncer e reações psicológicas desencadeadas durante todo o processo de tratamento;

- relações entre as seqüelas do tratamento e o comportamento atual do paciente.

A apuração dos resultados de ambos os grupos foi realizada separadamente, para tornar viável a comparação entre as proporções dos fatores obtidas em cada grupo e suas relações com posterior reabilitação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fator idade pareceu ser um bom indicador da aprendizagem da voz esofágica. Assim, nas faixas onde se encontravam o maior número de incidência da patologia (76% dos pacientes estão compreendidos nas faixas de 50-59 e 60-69 anos) constata-se que aqueles situados na faixa de 50-59 anos tiveram maior possibilidade de aprendizagem do que os da seguinte, 60-69 anos. Tais resultados parecem compatíveis com a questão da aprendizagem em seu sentido mais amplo, isto é, à medida que a idade cronológica avança, alguns fatores de ordem psicológica, orgânica e até social dificultam a aquisição de novos conhecimentos. Por sua vez, a adaptação à nova situação e busca de recuperação também se encontram prejudicadas.

Em relação à escolaridade, os resultados não demonstraram diferenças significativas. Há, contudo, que se assinalar a interferência direta na amostragem com a qual trabalhamos, pois 77% dos sujeitos tinham apenas o 1º grau. Seria necessária uma amostra mais heterogênea para melhor discussão da influência da escolaridade sobre a aprendizagem da voz esofágica e possível reabilitação.

O intervalo entre o aparecimento dos sintomas da doença e a busca de tratamento médico adequado é um importante indicador de valorização pessoal, ou seja, da auto-estima e preservação dos instintos de vida.

Como mostra a Tabela 2, aqueles que posteriormente aprenderam a voz esofágica (74%) já manifestavam interesse em buscar tratamento médico especializado. Por sua vez, a maioria daqueles que demonstraram uma tendência a protelar o tratamento (44%) demonstrou impossibilidade na questão da aprendizagem da voz esofágica. Este resultado reafirma a importância da compreensão da atitude prévia do paciente, em relação à cirurgia, denotadora de pouca auto-estima, que vem influenciar sua posterior reestruturação.

A reação frente ao diagnóstico de câncer e conseqüentemente perda da fala mostrou-se como um elemento de grande valia para a avaliação da futura qualidade de vida do paciente, após a cirurgia.

TABELA 1 — Faixa etária

Idade	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
30-39	2	7,4	—	—
40-49	—	—	3	11,2
50-59	12	44,4	5	18,5
60-69	10	37	18	51,8
70 ou mais	3	11,2	3	18,5

TABELA 2 — Intervalo entre o aparecimento dos sintomas e a busca de tratamento

Intervalos	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Imediato	18	66,6	13	48,1
Até 6 meses	2	7,4	2	7,4
1 ano ou mais	6	22,2	10	37
Indefinido	1	3,7	2	7,4

A Tabela 3 mostra que os pacientes que reagem com um aparente conformismo tendem a ter resultados menos satisfatórios do que os que reagem de forma depressiva. A explicação da diferença entre estas formas de reação e a posterior recuperação situa-se em fatores de ordem psicológica, isto é, conformidade é uma atitude passiva, de aceitação, não da doença, mas de uma "imposição" externa, similar a um castigo. A vivência do sentimento de estar recebendo uma punição pelas "más ações" de sua vida torna-se, na maioria das vezes, um agente impedidor do desejo de melhora.

Por sua vez a depressão é uma reação esperada mediante a notícia de gravidade e mutilação desta natureza. Podemos chamar esta forma de manifestação como "depressão reativa à situação emergente" e, assim sendo, pode ser expressa em toda a sua extensão. Na proporção que as reações são manifestadas, claramente diminui a ne-

cessidade de reprimir comportamentos vistos socialmente como negativos, e são "ressuscitados" também os desejos intimamente relacionados com o instinto de vida para "burlar" a morte.

Já na Tabela 4 observam-se diferentes tipos de reações desencadeadas em situações de perdas vivenciadas pelos pacientes bem anteriores, contudo, ao aparecimento do câncer.

Foi possível observar novamente que os índices mais elevados concentraram-se na depressão (29,6%), seguido do item referente a não respostas (29,6%). Tais resultados reforçam a observação anterior sobre a depressão reativa como fator que contribui para a resolução de problemas e que, ao invés de possuir uma conotação negativa, é, contrariamente, uma forma de reação favorável. Por sua vez, a dificuldade apresentada pelos pacientes em responder a esta questão, cujo sentido era "como se sentiram" diante de perdas

TABELA 3 — Reação ao diagnóstico

Tipos de reações	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Conformidade	4	14,8	14	51,8
Choque	6	22,2	1	3,7
Medo	3	11,1	3	11,1
Depressão	9	33,3	2	7,4
Revolta	2	7,4	2	7,4
Normal	3	11,1	4	14,8
Não responderam	—	—	1	3,7

TABELA 4 – Reações às perdas anteriores à laringectomia

Reações	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Conformidade	6	22,2	4	14,8
Controle emocional	2	7,4	1	3,7
Choque	1	3,7	3	11,1
Depressão	8	29,6	7	25,9
Revolta	2	7,4	3	11,1
Superação	3	11,1	1	3,7
Não responderam	5	18,5	8	29,6

TABELA 5 – Atribuição de causalidade em relação ao aparecimento do câncer

Causas	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Internas	7	25,9	6	22,2
Externas	11	40,7	11	44,4
Nenhuma	9	33,3	9	33,3

anteriores na vida, demonstrou que os conteúdos ligados a estas perdas estavam ainda presentes em toda a sua extensão, sendo ainda difícil, portanto, verbalizá-los, i.é., a negação, como defesa psicológica, não permitia a emergência dos sentimentos ligados à situação dolorosa desencadeante.

Entretanto, através da comparação da distribuição heterogênea de resultados obtidos nos itens relativos à REAÇÕES FRENTE AO DIAGNÓSTICO e REAÇÕES FRENTE ÀS PERDAS ANTERIORES, foi possível constatar que não é direta a correlação entre os dados, o que pode ser traduzido como: perdas de pessoas próximas, de bens materiais, perdas de natureza emocional são vividas de forma diferenciada das perdas que envolvem mutilação física. Estas últimas parecem provocar sentimentos ímpares, que conjugam simultaneamente a impossibilidade real (perda da fala) e as implicações envolvidas nas perdas simbolizadas psicologicamente (autonomia, identidade, capacidade de relacionamentos sociais, familiares e de expressão de seus sentimentos).

A atribuição de causalidade, em relação ao aparecimento do câncer, demonstra que a maioria dos pacientes assinala, como elementos desencadeadores do processo de adoecimento, os determinantes externos a si próprio. Assim, vários pacientes responderam que sua doença havia surgido por: "castigo desejado por outrem"; "por excesso de trabalho imposto pela sua condição

social"; "por problemas que a vida lhe trouxe"; "por "injustiça divina" etc.

Na Tabela 5 foram consideradas as causas acima relacionadas como externas ao paciente, isto é, sem que houvesse a sua participação como agente, mas sim como receptor de situações. As internas são as que claramente demonstraram participação ativa, por exemplo: "descuido pessoal"; "tensão excessiva" etc.

Verifica-se que a maior concentração de resultados em causas externas seguida pela resposta de nenhuma causa indica a presença de defesa psicológica chamada de NEGAÇÃO. Tal mecanismo é, até certo ponto, saudável, pois, de fato, se quer "afastar" algo que é desagradável e constitui-se num processo coerente de preservação do equilíbrio emocional. Entretanto, este fator, se exacerbado, acarreta obstáculos para o transcurso do tratamento e posterior adaptação do paciente à sua realidade após a cirurgia.

A título de investigação, foi verificado também como os pacientes reagem frente a situações de realidade cotidiana, que apresentavam algum tipo de conflito a ser solucionado. Frequentemente, os pacientes demonstravam grande dificuldade em responder a tais questões. Procurou-se então verificar que tipos de hábitos possuíam e que recursos eram utilizados em estado de tensão. Constatou-se que ambos os grupos faziam uso de álcool e fumo associados, denotando, deste modo, uma propensão, anterior ao aparecimento do câncer, a apresentar dificulda-

TABELA 6 – Informação prévia sobre a cirurgia e tratamento

Informações	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Compreenderam	23	85,1	20	74
Não compreenderam	2	7,4	2	7,4
Não foram informados	2	7,4	5	18,5

TABELA 7 – Tipos de apoio recebido após a cirurgia

Tipos de apoio	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Esposa (o)	10	37	10	37
Família	12	44,4	14	51,8
Outros	1	3,7	—	—
Não receberam	4	14,8	3	11,1

TABELA 8 – Tipos de motivação

Tipos	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Pessoal	13	48,1	3	11,1
Pelos profissionais	9	33,3	21	77,7
Outros	5	18,5	1	3,7
Não responderam	—	—	2	7,4

des de enfrentar diretamente estruturas sociais, afetivas e outras que se apresentassem conflituosas. Desta forma, os resultados colhidos indicaram que cerca de 54% dos pacientes ingeriram grande quantidade de álcool e fumaram descontroladamente durante períodos conturbados de suas vidas.

A compreensão da informação do diagnóstico e suas conseqüências pareceu ser um dado fundamental para todo o processo de tratamento. Contudo, a amostra não permitiu avaliar precisamente toda a extensão da importância do conhecimento prévio do paciente sobre sua doença, uma vez que a maioria dos pacientes (85%) foi assistida pelos profissionais da cabeça e pescoço do INCa, que costumam, em sua rotina de atendimento, dar as informações necessárias, de acordo com os resultados descritos na Tabela 6. Todavia, acredita-se haver correlações que, com nova amostragem, devam ser avaliadas.

As questões analisadas a seguir possuem entre si uma intrínseca relação. É interessante verificar que o apoio externo recebido pelo paciente após

a cirurgia não é considerado tão fundamental quanto esperávamos. Tal leitura nos remete à constatação de outro fator, anterior ao apoio pós-cirúrgico, e que é essencial para a reabilitação psicológica, orgânica e social do paciente, ou seja, sua motivação pessoal.

Pode-se verificar na Tabela 7 que não foram obtidas diferenças significativas entre os resultados de ambos os grupos (reabilitados e não-reabilitados). Os apoios dados pela esposa, família e outros mostram-se importantes; contudo, a MOTIVAÇÃO PESSOAL (Tabela 8) é que parece ser o elemento determinante e discriminativo influenciador de forma direta no tratamento e na recuperação. Havendo a disponibilidade interna, o desejo contínuo do paciente, há manifestamente a ação que contribui de modo incisivo durante todo processo terapêutico. Caso contrário, as tentativas externas não alcançam o objetivo de obter alguma influência positiva no desejo de reestruturação do paciente. Muitas vezes tais tentativas podem, inclusive, enveredar por formulações comparativas e manifestações

TABELA 9 — Modificação nos relacionamentos conjugais

	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Houve alteração	8	29,6	4	14,8
Não houve	14	51,8	19	70,3
Não responderam	5	18,5	4	14,8

TABELA 10 — Modificações nos relacionamentos

	Sexual		Social		Familiar		Profissional	
	+ %	- %	+ %	- %	+ %	- %	+ %	- %
Sim	22,2	22,2	22,2	18,5	18,5	14,8	14,8	7,4
Não	77,7	77,7	77,7	81,4	81,4	85,1	85,1	92,5

+ Usam voz esofágica; — Não usam voz esofágica

TABELA 11 — Retorno às atividades após a cirurgia

	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Sim	21	77,7	19	70,3
Não	6	22,2	8	29,6

eufóricas que na realidade prejudicam sensivelmente a reabilitação.

Avaliaram-se ainda as possíveis modificações ocorridas nos relacionamentos sexual, social, familiar e profissional. Observam-se maiores concentrações de resultados da seguinte forma: os pacientes relataram, na sua maioria (51,8% e 70,3% respectivamente — vide Tabela 9), que não houve modificação no relacionamento com o cônjuge após a cirurgia. Afirmaram que o tipo de entrosamento entre os casais é estabelecido durante a vida em comum; por conseqüência, as queixas situavam-se em pontos cegos, não-resolvidos desde as suas uniões.

Certamente, momentos críticos de vida não geram, mas trazem à tona uma série de antigos conflitos, culpas e sentimentos outros, que se encontravam obscurecidos. Diante do impacto da cirurgia eclodem muitas vezes ansiedades inespecíficas, que têm sua origem nas mais remotas vivências pessoais,

Por sua vez, a afirmação de que não houve alterações em suas forma de vida após a cirurgia relaciona-se ao desejo dos pacientes em sentir a "garantia" de que suas identidades estão preser-

vadas, e que continuarão a ser aceitos por aqueles com quem convivem, além de por si próprios. Neste sentido, tendem a negar a existência de modificações nos seus relacionamentos, principalmente os da esfera sexual. Considerando, inclusive, que a maior parte da amostra é constituída por homens (80%), pudemos verificar que apenas as mulheres conseguiram verbalizar dificuldades nesta área. Houve uma forte tendência dos homens a não admitir problemas que intervissem, de algum modo, em suas "virilidades", o que podemos traduzir como medo de perda da identidade chamada masculina em seu sentido abrangente — capacidade de sentir-se ativo, potente e capaz (Tabela 10).

A avaliação do retorno às atividades após a cirurgia pareceu, a princípio, ser relevante indicador da readaptação do paciente. Contudo, verificou-se, de acordo com a Tabela 11, a falta de diferenças significativas, o que se deve a uma importante variável interveniente: a realidade política, social e econômica nacional não permite ao paciente receber benefícios financeiros suficientes que sejam, de fato, subsídios para sustento próprio e de sua família. Deste modo, o retorno

TABELA 12 – Modificação na auto-estima

Tipos	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Depressão	6	22,2	5	18,5
Medo	—	—	1	3,7
Revolta	3	11,1	—	—
Tensão	3	11,1	9	33,3
Rejeição	1	3,7	—	—
Melhora	1	3,7	1	3,7
Não houve	13	48,1	11	40,7

TABELA 13 – Valorização da comunicação

	Usam voz esofágica		Não usam voz esofágica	
	nº	%	nº	%
Valorizam	20	74	10	37,7
Não valorizam	7	25,9	17	62,9

às atividades deve-se mais à necessidade real do que ao desejo interno.

A modificação na auto-estima e a valorização da comunicação antes da mutilação parecem possuir entre si uma correlação, e ambas constituem fatores indicadores de reestruturação posterior dos pacientes. Conforme os resultados da Tabela 12, os sentimentos de tensão e depressão são os mais evidentes dentre aqueles que não alcançaram êxito na aquisição da voz esofágica. Demonstraram que a impossibilidade de expressão gera uma ansiedade exacerbada que não encontra forma de manifestação imediata. A depressão não expressa nestes casos difere do tipo reativo que já citamos, podendo ser considerada, ao contrário, inibidora da motivação. No entanto, a maior concentração de resultados no item "não houve modificação na auto-estima após a cirurgia" nos leva a crer que processos anteriores à laringectomia permaneceram presentes, fazendo com que a cirurgia apenas denotasse sentimentos de inferioridade e castração sempre dissimulados.

Por último, a verificação das respostas obtidas em relação à questão da valorização prévia do paciente para a comunicação verbal como instrumento prioritário de relacionamento e adaptabilidade ao meio mostrou-se fundamental para a reabilitação futura (Tabela 13). Tais resultados nos remetem à afirmação de que a fala para estes pacientes está relacionada a possibilidades de contato, independência e expressão de sentimentos e desejos. Faz-se necessário, contudo, comen-

tar que nos índices obtidos (Tabela 13) há a interferência de um dado curioso na categoria dos que não fazem uso da voz esofágica e valorizam a comunicação: cinco mulheres, embora saibam tecnicamente usar a voz esofágica, não fazem uso deste recurso por julgarem o timbre grosso e não adequado às características de feminilidade.

CONCLUSÕES

A partir da avaliação dos resultados encontram-se fatores que incidem diretamente na posterior qualidade de vida dos pacientes submetidos à laringectomia total.

É de extrema importância que tais fatores possam ser observados no paciente, desde o momento do diagnóstico da patologia, a fim de que, após detectados, possam ser assistidos adequadamente. A possibilidade de planejamento terapêutico adequado e preventivo tornou-se fundamental, tendo em vista que atualmente há uma visível ampliação da possibilidade de assistência médica e, em consequência, do tempo de vida de cada doente.

Como conclusão, destacamos que os principais indicadores da reabilitação de pacientes laringectomizados são:

- idade;
- intervalo entre o aparecimento da doença e busca de tratamento;
- reação frente ao diagnóstico;
- auto-estima;
- motivação pessoal;
- valorização prévia da comunicação.

SUMMARY

It is well known that laryngectomy, besides producing loss of laryngeal speech, causes important psychological reactions that need adequate assistance in order to adapt the patient to his new condition. On the other hand, from learned empirical observations, there is a number of factors that may aid in defining those patients who will benefit from voice rehabilitation programs. This study analyses possible ways of organizing therapeutic and preventive plans that may help in improving rehabilitation and, consequently, quality of life. The results obtained in the study of these factors are presented.

UNITERMOS: *psychology, cancer, rehabilitation, laryngectomy*

Referências bibliográficas

1. Holland J F: Host effects in cancer, in Holland, J F, Frei E III: Cancer Medicine, Philadelphia, Lea and Febiger, 1973, pp 991-1021.
2. Schmale A H: Principles of psychosocial oncology — Clinical Oncology for Medical Students and Physicians, a Multidisciplinary Approach: Fourth Edition N Y — American Cancer Society, 1974.
3. Le Shan L L, Worthington R E: Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. Br J Med Psychol. 1956; 29: 49-56.
4. Bahnson C B: Emotional and personality characteristics of cancer patients. In: Sutnick A J, P F Engstrom: Oncologic Medicine; Clinical topics and practical management. University Park Press, Baltimore, 1976.
5. Booth G: General and organ specific object relationships in cancer. Ann N Y Acad Sci. 1969; 164.