

QV E *COPING* EM PACIENTES NO PERÍODO PÓS-CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Anderson de Carvalho¹, Heloísa Grubits², José Ángel Vera³, & Francisco Durazo⁴

¹Hospital de Câncer “Alfredo Abrão”, Campo Grande, MS, Brasil, biofono@gmail.com

²Universidad Católica Dom Bosco en el Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Campo Grande, MS, Brasil, grubitshb@hotmail.com

³Departamento de Desarrollo Humano y Bienestar Social del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C., Hermosillo, Sonora, México, avera@ciad.mx

⁴TECNOESTATA SC, Hermosillo, Sonora, México, durazof@gmail.com

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi identificar as estratégias de coping utilizadas pelos pacientes de cirurgia de cabeça e pescoço no enfrentamento da doença e sua percepção associada de qualidade de vida relacionada à saúde. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, comparativo e de corte transversal. Foram incluídos 55 pacientes com atendimento entre 1-7 dias (primeira semana) após cirurgia de cabeça e pescoço em um hospital de Campo Grande, MS; sendo a amostra por conveniência, composta por 28 (50,9%) homens e 27 (49,1%) mulheres. Foram aplicados questionário sociodemográfico, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35 específico ao câncer de cabeça e pescoço e Escala de Coping de Billings e Moos. Observa-se que a qualidade de vida é afetada na doença sobretudo quanto aos referenciais de socialização, com recorrentes restrições nutricionais, tensões e risco de isolamento; sendo a disfagia um dos principais fatores de efeito negativo à qualidade de vida relacionada à saúde, a disfonia é outro fator de decréscimo desta condição, com forte relação à dificuldades financeiras. O sexo do paciente, a cidade de moradia, a recepção de tratamento e de atendimento nutricional tem papel determinante nos problemas nutricionais. As estratégias de coping de tipo comportamental com enfoque no problema são as mais utilizadas por mulheres. O coping nesta doença, de forma ideal, se mostrou como junção de emoção e foco no problema, sendo indicados estudos de acompanhamento em períodos posteriores cirúrgicos.

Palavras-Chave: câncer, enfrentamento, oncologia, qualidade de vida.

QOL AND COPING IN PATIENTS AFTER HEAD AND NECK SURGERY

ABSTRACT: The objective of this research was to identify the coping strategies used by patients with head and neck surgery to cope with the disease and their associated perception of health-related quality of life. This is an exploratory-descriptive, comparative and cross-sectional study. 55 patients with care between 1-7 days (first week) after head and neck surgery at a hospital in Campo Grande, MS were included; the convenience sample was composed of 28 (50.9%) men and 27 (49.1%) women. Sociodemographic questionnaire, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H & N35 specific to

head and neck cancer and Billings and Moos Coping Scale were applied. It is observed that the quality of life is affected in the disease, especially regarding socialization references, with recurrent nutritional restrictions, tensions and risk of isolation; dysphagia being one of the main factors of negative effect on health-related quality of life, dysphonia is another factor that decreases this condition, with a strong relation to financial difficulties. The gender of the patient, the city of residence, the reception of treatment and nutritional assistance have a determining role in nutritional problems. Behavioral coping strategies with a focus on the problem are the most used by women. Coping in this disease, ideally, proved to be a combination of emotion and focus on the problem, with follow-up studies indicated in later surgical periods.

Keywords: cancer, coping, oncology, quality of life.

Recebido em 06 de junho de 2020/ Aceite em 16 de março de 2021

O diagnóstico de um câncer representa a confirmação de uma doença envolvida em uma percepção de dor, sofrimento e irreversibilidade, com alto impacto biopsicossocial (Salimena et al., 2013). O tratamento ou palição da doença alteram as formas de ser e de viver do paciente, com restrições de mobilidade, dores, indisposição, alterações físicas ou mutilações, decorrentes de um tratamento longo e agressivo, com toda a sua esperada invasividade.

O sofrimento psicológico é natural ao diagnóstico e tratamento oncológico, acompanhado em geral de depressão, ansiedade, desesperança, medo, frustração e incertezas quanto a uma doença que, mesmo com maior êxito de tratamentos, permanece desafiadora quanto aos seus resultados e impactos (Farinhas et al., 2013).

Pelo menos 100 doenças integram o grupo dos cânceres, responsáveis, por 14 milhões de casos anuais no mundo todo – a maior parte em países em desenvolvimento, que concentram pelo menos 70% dos óbitos por câncer decorrentes do menor acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce e tratamento (Binde et al., 2014). Na estimativa da Organização Mundial da Saúde, no ano de 2030, pelo menos 13,1 milhões de pessoas morrerão em decorrência da doença (Minarni et al., 2017).

Os Cânceres de Cabeça e Pescoço (CCP) contempla os cânceres que incidem no espaço aero digestivo, com incidência suficiente para a sua inclusão no grupo dos 10 cânceres mais frequentes no mundo todo. Os fatores de risco clássicos do CCP são o tabagismo (no que se inclui o fumo passivo), etilismo, presença de papilomavírus humano, exposição a agentes carcinogênicos, estresse continuado e determinadas alterações genéticas. A recidiva é mais frequente entre pacientes que consomem álcool e tabaco, mesmo que devidamente tratados (Evans et al., 2014).

Quanto à incidência, os CCP atingem duas vezes mais homens que mulheres, com maior ocorrência entre indivíduos com idades ≥ 50 anos. Os CCP, conforme local de incidência e agressividade (Instituto Nacional de Câncer, 2018), podem ser altamente restritivos à vida social e laboral dos indivíduos, com a comum necessidade cirúrgica em seu tratamento.

Os impactos do CCP e do seu tratamento tendem a ser expressivos em principal na alimentação e comunicação, com grave sofrimento psicológico (Leitão et al., 2013). Mesmo com êxito, o tratamento do CCP implica em alto custo à qualidade de vida (QV) dos pacientes, com possíveis restrições de retomada ao padrão de atividades anteriores ao câncer (Melo Filho et al., 2013) e, por ser dessa forma, a doença é considerada altamente restritiva à QV dos pacientes.

É por meio da consideração da QV como variável no tratamento do câncer que se torna possível mensurar e trabalhar grande parte dos impactos que ocorrem no campo físico e psicológico dos sujeitos acometidos pelo câncer e, com isso, conhecer melhor sobre como o paciente enfrenta a doença e quais são as suas necessidades.

A QV é um termo utilizado recorrentemente em referência às condições de saúde e de doença que são relacionadas à percepção e fruição do indivíduo junto ao meio; envolve aspetos mentais, sociais e

físicos e a sua mensuração deixa evidente contributos que sinalizam o quanto há de satisfação frente à uma condição global ou específica de vida (Papalia & Feldman, 2013). As variações na percepção da QV são altamente individuais e é possível que pessoas em iguais condições de vida tenham uma avaliação divergente a esse fator, o mesmo sendo possível frente a doenças.

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um construto multidimensional que considera a condição particular de uma doença e o funcionamento social, emocional, físico e mental dos indivíduos. É uma avaliação que transcende as dimensões gerais da mensuração da QV, e se focaliza no quanto a saúde –na circunstância de sua análise– impacta na fruição de vida (Campos & Rodrigues Neto, 2014).

No caso do câncer, importa sobremaneira como o indivíduo e seu meio interpretam a doença e suas possibilidades para a definição da mobilização das estruturas individuais para o enfrentamento. O coping é um processo fundamental para um melhor perpasso do processo de tratamento e mediação do câncer, vivências que requerem do paciente uma série de adaptações que atingem a sua capacidade funcional, autonomia e condições gerais de vida.

O coping é formado por um conjunto complexo de comportamentos e atitudes que compartilham da finalidade de mediar a situação estressora e sua vivência. Segundo Lazarus e Folkman (1984), para o paciente de CCP um coping positivo frente à sua doença é envolver-se informações que possam promover maior proximidade e contato a seu quadro e terapias, com a tomada de um comportamento ativo e, com isso, mais informado e estabilizado quanto às incertezas e possibilidades, bem como desdobramentos que poderão ser vivenciados.

Gonçalves et al. (2015) relatam que as estratégias mais comumente utilizadas para o coping no CCP são aplicadas principalmente logo após a cirurgia de tratamento e logo nos primeiros momentos após esse evento. É quando a demanda de enfrentamento e adaptação é mais latente. No entanto, isso não significa que, em outros momentos não haja demandas importantes. O tipo de estratégia mais utilizado é a centralização no problema para os casos em que a cura é considerada como uma possibilidade mais viável, e na focalização emocional nos casos paliativos.

De Paula Junior e Zanini (2011) afirmam que a negação é bastante comum nos casos de cirurgias que afetam a aparência da face, uma vez que após a sua realização o paciente precisa lidar com o luto da perda do rosto anterior e a com a dura tarefa da aceitação do corpo como se encontra.

Mas a negação, conforme Sherman et al. (2000), embora seja uma estratégia de coping recorrente, é também responsável por problemas graves como o atraso em terapias ou hesitações em aderir a orientações oferecidas pela equipe de cuidado. A recidiva também tende a ter sua identificação colocada de forma tardia por esse recurso, quando existe a recusa em reconhecer o aparecimento de gânglios inchados, ferimentos na cavidade oral e demais sinalizadores do CCP em retorno.

De acordo com Santos et al. (2016), a estratégia da religiosidade ou fortalecimento espiritual é comum, no interesse de reduzir a tensão psicológica. Mas a dinâmica desse tipo de coping não é muito clara. As mulheres que apresentam CCP tendem a ser mais suscetíveis a apresentar transtornos de ordem mental que homens e, entre os pacientes que tinham o hábito do consumo de álcool recorrente, há maiores dificuldades de enfrentamento, já pelas questões que conduziram ao etilismo e pelas dificuldades de alteração dos hábitos presentes.

Ainda Reich et al. (2014) observa que o enfrentamento da doença, por parte dos pacientes de CCP é considerado uma necessidade continuada, já que mesmo após a cura existem fatores que necessitam de mediação e que trazem estresse. Contudo, a literatura pouco aborda essa condição demandante de forma específica para além dos primeiros momentos após a cirurgia de tratamento.

Dadas as diversas implicações que a inadaptação do paciente com CCP pode promover a seu tratamento e condição subjetiva, o objetivo desta pesquisa foi identificar as estratégias de *coping* de maior funcionalidade utilizadas por pacientes de cirurgia de cabeça e pescoço, no enfrentamento da doença e sua percepção associada de QVRS.

MÉTODO

Esta pesquisa é um estudo exploratório-descritivo, comparativo e de corte transversal.

Participantes

Integram a pesquisa 55 pacientes atendidos pelo Serviço de Cabeça e Pescoço (SCP) que receberam tratamento cirúrgico no Hospital de Câncer “Alfredo Abrão” (HCAA), localizado na cidade de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS), sendo a amostra por conveniência.

Foram incluídos pacientes com atendimento entre 1-7 dias (primeira semana) após cirurgia de cabeça e pescoço, que apresentaram concordância livre e espontânea de integração ao estudo, maiores de idade, capazes, não integrantes de parcelas vulneráveis da população (como quilombolas, indígenas e menores, exclusivamente em razão dos procedimentos específicos de autorização necessários ao trabalho com essas populações). Foram excluídos pacientes em condições distintas destas.

A amostra é composta por 28 (50,9%) homens e 27 (49,1%) mulheres; 36 (65,5%) pacientes são casados e 19 (34,5%) são solteiros. A maioria dos entrevistados apresenta filhos ($n=47$, 85,5%) e mora com sua família ($n=41$, 78,8%). Embora essa rede de suporte familiar seja bem estabelecida, a maioria dos pacientes ($n=42$, 76,4%) não reside na cidade de recepção de tratamento (Campo Grande, MS), o que pode restringir a rede de apoio familiar, sobretudo pela baixa necessidade de acompanhamento pelos entrevistados, já que 68,5% ($n=37$) não têm essa necessidade.

A cirurgia recebida pelos pacientes foi o elemento determinante do tratamento, com baixo percentual em recepção de tratamento de continuidade ($n=15$, 27,8%) e presença determinante como sequelas de disfagia ($n=32$, 58,2%) e disfonia ($n=21$, 38,2%). O hospital apresenta atendimento multidisciplinar, contudo, as três principais frentes recepcionadas pelo grupo de CCP investigado residem em enfermagem ($n=44$, 80%), psicologia ($n=23$, 41,8%) e nutrição ($n=17$, 30,9%).

Material

Questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde: foi organizado com a finalidade de traçar o perfil da população estudada e suas características (idade, sexo, atividade/ocupação atual, renda mensal, necessidade de acompanhante, dados relacionados ao diagnóstico, se foi encaminhado para outro tipo de tratamento e outras).

European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-C30 (EORTC QLQ-C30) versão 3.0 (Paiva et al., 2014). Contém 30 itens que consideram cinco domínios funcionais: físico ($\alpha=0,80$), emocional ($\alpha=0,84$), funções ($\alpha=0,79$), cognição ($\alpha=0,57$) e socialização ($\alpha=0,69$); três domínios especialmente coligados ao câncer quanto a sintomas: fadiga ($\alpha=0,78$), dor ($\alpha=0,81$), náusea/vômitos ($\alpha=0,68$); seis itens específicos de sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispneia, falta de apetite-anorexia, insônia, constipação e diarreia) e dificuldades financeiras percebidas, que são pontuados em uma escala simples do tipo Likert, que possui quatro pontos (variando de *Não* a *Muito*); junto a isso é tratado um domínio de QV global ($\alpha=0,78$), também em escala Likert, porém de sete pontos (variando de *Péssima* a *Ótima*).

European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-Head & Neck 35 (EORTC QLQ-H&N35). Tradução e retradução da versão mexicana foi realizada (Carrillo et al., 2013), composto de 35 itens com quatro opções de resposta no formato Likert, variando de *Não* a *Muito*; avalia sete domínios: dor ($\alpha=0,75$), engolir ($\alpha=0,84$), sentidos ($\alpha=0,49$), fala ($\alpha=0,62$), alimentar-se socialmente ($\alpha=0,84$), contato social ($\alpha=0,87$) e diminuição da sexualidade ($\alpha=0,75$); além disso, contém 11 itens específicos que avaliam problemas dentários,

trismo, xerostomia, saliva espessa, tosse, mal-estar, consumo de medicação, suplementos nutricionais, sonda para alimentação, perda ou ganho de peso.

Escala de Coping de Billings e Moos (ECBM) (1981). Escala sintetizada composta de 19 itens a serem respondidos com *Sim/Não*, agrupados de acordo com o método de coping (Ativo cognitivo, Ativo comportamental e Evitação) e sua função (Foco no problema e Foco na emoção); foi apontado como uma consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,62 em seus 19 itens no total e, de forma isolada, de 0,72 para o ativo cognitivo, 0,80 para o ativo comportamental e 0,44 para evitação (Grubits & Vera, 2011).

Procedimento

A primeira etapa da pesquisa foi realizada pelo encaminhamento de um pedido de autorização para o responsável (presidente) da Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul, mantenedora do Hospital de Câncer “Alfredo Abrão” e também para a diretoria técnica, para a realização da pesquisa na instituição. Aprovado este pedido, o projeto foi cadastrado através da Plataforma Brasil a fim de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB, para autorização da pesquisa com Seres Humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após aprovação do CEP, foi realizado estudo piloto com 10 pacientes, com o intuito de verificar a adequação dos instrumentos, a partir de abordagem no espaço de pesquisa (HCAA) e, conformidade a adequação dos recursos, foi procedida a pesquisa que estrutura esta investigação.

Os pacientes foram abordados no espaço do SCP do HCAA durante seus atendimentos ou procedimentos de acompanhamento. No local, foram apresentados aos objetivos da pesquisa e convidados à integração. Os concordantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura e foi acordado um momento adequado, no ambiente hospitalar, para a resposta aos questionários, conforme melhor decisão do pesquisador. De acordo com o combinado, o pesquisador se reuniu no espaço hospitalar nos locais de escolha e aplicou o questionário aos participantes.

Os quatro questionários foram aplicados simultaneamente. A aplicação teve duração média de 20 minutos por paciente e o pesquisador conduziu a apresentação do instrumento e os questionamentos, registrando no instrumento os retornos oferecidos para maior precisão.

As entrevistas ocorreram no ano de 2017, entre os meses de agosto a setembro. O banco de dados do Serviço de Fonoaudiologia dos pacientes tratados cirurgicamente, que responderam os instrumentos de pesquisa, baseados nos protocolos adotados em comum acordo com o SCP, também foi utilizado mediante o preenchimento do TCLE e informação dos objetivos da pesquisa. Após a aplicação dos questionários foi realizado tratamento estatístico, com tabulação dos resultados e análise estatística dos mesmos, possibilitando o estudo percentual, discussão e conclusão da pesquisa.

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade às exigências estabelecidas para a pesquisa com pessoas, que se fundamenta na Resolução nº 184/2012 e nas orientações fundamentadas constitucionalmente, Título II, que versa sobre os direitos e garantias fundamentais.

Análise de dados

No processamento estatístico foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes, o tamanho do efeito foi calculado através do *d* de Cohen para conhecer a magnitude das diferenças significativas observadas; bem como correlações de Pearson entre as escalas utilizadas. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 23 e no G * Power 3.1.

RESULTADOS

Primeiro, são descritos os resultados das comparações entre os grupos nos domínios das três escalas utilizadas no estudo; considerando apenas as diferenças que obtiveram um valor de $p < 0,01$.

O Quadro 1 mostra que, para o instrumento QLQ-C30, apenas uma diferença significativa nos contrastes foi identificada, o que ocorre no item de dificuldades financeiras. Os indivíduos com disfonia são aqueles que percebem maiores dificuldades desse tipo, considerando uma pontuação máxima de 100, a média do grupo com disfonia é moderadamente alta; esses problemas são considerados periféricos à doença.

Quadro 1. Diferenças significativas entre pacientes com e sem disfonia nos domínios EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30	Disfonia	Média	DP	t	p	d
Dificuldades financeiras	Não	45,10	34,70	9,03	0,004	0,82
	Sim	73,02	32,69			

Os quadros 2 e 3 mostram os resultados para o instrumento QLQ-H & N35. As mulheres apresentam menor impacto na percepção de fatores de limitação da QVRS relacionados ao CCP, com menor alegação de influência ou interpretação em comparação a homens –o que se dá de forma representativa–, essas diferenças são apresentadas em três dos itens específicos: suplementos nutricionais, alimentação por tubo e perda de peso.

Quadro 2. Diferenças significativas de acordo com variáveis pessoais e de atenção nos domínios EORTC QLQ-H&N35

EORTC QLQ-H&N35	Variáveis	Média	DP	t	p	d
Suplementos nutricionais	Feminino	7,41	26,69	12,85	0,001	0,95
	Masculino	46,43	50,79			
Sonda para alimentação	Feminino	7,41	26,69	21,13	0,000	1,22
	Masculino	57,14	50,40			
Perda de peso	Feminino	29,63	46,53	13,76	0,001	1,00
	Masculino	75,00	44,10			
	Campo Grande	84,60	37,60			
	Reside em outros	42,86	50,09			
	Tratamento/Não	38,46	49,29			
	Tratamento/Sim	86,67	35,19			
Contato social	Nutrição/Não	36,84	48,89	20,67	0,000	1,14
	Nutrição/Sim	88,24	33,21			
	Acompanhante/Não	19,10	18,40			
	Acompanhante/Sim	35,69	19,85			

O critério de maior significância relacionado à cidade de moradia do paciente, recepção de tratamento e atendimento nutricional foi a perda de peso; com escores mais altos entre os pacientes residentes em Campo Grande, eles recebem tratamento de continuidade e assistência nutricional. Os problemas com o contato social são superiores em escore entre os indivíduos que tem necessidade de recepção de acompanhantes (Quadro 2).

No Quadro 3, observa-se que a disfagia se mostrou um fator associado significativamente a uma série de variáveis do QLQ-H&N35 com maior pontuação entre os indivíduos disfágicos em todos os casos; as diferenças mais importantes ocorrem em alimentação por tubo (41,3 a mais no escore), perda de peso (38,32 superior em escore entre disfágicos) e os problemas de deglutição (escore superior em

QV E COPING EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

25,65 pontos). Observa-se também que a disfonia se mostrou de forma significativa relacionada aos problemas na fala dos indivíduos; a disfonia representa mudanças ou alterações na voz, logo, os problemas na fala são uma situação de expectativa nesses casos.

Quadro 3. Diferenças significativas de acordo com o diagnóstico nos domínios EORTC QLQ-H&N35

EORTC QLQ-H&N35	Diagnóstico	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Engolir	Disfagia/Não	11,59	12,75	19,62	0,000	1,08
	Disfagia/Sim	37,24	29,10			
Alimentar-se socialmente	Disfagia/Não	8,33	12,56	23,97	0,000	1,20
	Disfagia/Sim	34,64	26,53			
Contato social	Disfagia/Não	13,33	13,33	15,68	0,000	1,01
	Disfagia/Sim	31,67	20,95			
Dor	Disfagia/Não	13,04	19,43	7,22	0,010	0,70
	Disfagia/Sim	29,17	25,04			
Sonda para alimentação	Disfagia/Não	8,70	28,81	14,61	0,000	0,96
	Disfagia/Sim	50,00	50,80			
Perda de peso	Disfagia/Não	30,43	47,05	8,87	0,005	0,81
	Disfagia/Sim	68,75	47,09			
Fala	Disfonia/Não	4,58	10,98	12,99	0,001	1,17
	Disfonia/Sim	24,87	24,32			

Por outro lado, os contrastes nas dimensões do ECBM mostraram apenas uma diferença no fator sexual ($t= 9,12$; $p= 0,004$; $d= 0,81$). O tipo de coping comportamental com enfoque no problema foi o que se destacou de forma significativa em relação a sexo, com maior adesão entre mulheres ($M= 83,33$; $DP= 18,34$) cujo escore se apresenta 17,26 pontos superior na média em comparação aos homens ($M= 66,07$; $DP= 23,78$).

Em seguida, as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes foram correlacionadas com os domínios do EORTC QLQ-C30 e do EORTC QLQ-H & N35; levando em consideração uma significância de $p < 0,05$.

Na Quadro 4 são apresentados os resultados de correlação que mostram os principais fatores que afetam a QV e como estes fatores replicam no coping dos pesquisados. Entre os resultados, deve-se notar que o estilo de enfrentamento comportamental focado na emoção está moderada e negativamente associado à QV global, além de positivo, alto e moderado com alguns sintomas relatados por pacientes com câncer; como insônia, dispneia e constipação. Da mesma forma, existe uma correlação alta e positiva entre o enfrentamento cognitivo, com foco na emoção e diarreia.

Quadro 4. Correlações estatisticamente significativas entre os instrumentos ECBM e EORTC QLQ-C30

ECBM	EORTC QLQ-C30	<i>r</i>	<i>p</i>
Cognitivo+Emoção	Náuseas e vômitos	0,41	0,002
	Dor	0,38	0,004
	Dispneia	0,36	0,006
	Insônia	0,35	0,007
	Falta de apetite	0,35	0,008
	Constipação	0,36	0,006
	Diarreia	0,61	<0,001
Cognitivo+Problema	Função social	-0,33	0,013
	Constipação	0,32	0,017
Comportamental	Função cognitiva	0,30	0,026
	Insônia	-0,37	0,005
Comportamental+Emoção	Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida	-0,44	0,001
	Função cognitiva	-0,35	0,009
	Náuseas e vômitos	0,45	0,001
	Dispneia	0,56	<0,001
	Insônia	0,65	<0,001
	Falta de apetite	0,41	0,002
	Constipação	0,51	<0,001
	Diarreia	0,49	<0,001
Esquiva+Emoção	Falta de apetite	-0,33	0,013

Em relação aos domínios do QLQ-H & N35, no Quadro 5, podemos ver que a estratégia comportamental focada na emoção também apresenta as maiores correlações; neste caso, com dor, problemas dentários e sentidos. Por fim, encontramos associações negativas, embora baixas, entre o confronto comportamental focado no problema e alguns itens específicos (sonda, suplementos nutricionais e problemas dentários).

Quadro 5. Correlações estatisticamente significativas entre os instrumentos ECBM e EORTC QLQ-H & N35

ECBM	EORTC QLQ-H&N35	<i>r</i>	<i>p</i>
Cognitivo+Emoção	Dor	0,38	0,004
	Boca Seca	0,27	0,042
Cognitivo+Problema	Sentidos	0,29	0,032
	Ganho de peso	0,28	0,038
	Problemas dentários	-0,30	0,025
Comportamental+Problema	Suplementos nutricionais	-0,30	0,024
	Sonda para alimentação	-0,32	0,014
	Problemas dentários	-0,27	0,044
Comportamental	Suplementos nutricionais	-0,26	0,049
	Sonda para alimentação	-0,26	0,047
	Dor	0,61	<0,001
Comportamental+Emoção	Sentidos	0,50	<0,001
	Problemas dentários	0,51	<0,001
	Suplementos Nutricionais	0,31	0,021
	Perda de peso	0,33	0,013
Esquiva+Emoção	Problemas dentários	-0,30	0,023

DISCUSSÃO

Os resultados descritos no estudo indicam diferenças importantes nos escores dos participantes nos diferentes domínios das três escalas utilizadas - principalmente no EORTC QLQ-H & N35 - de acordo com variáveis pessoais, às sequelas relacionadas à doença e ao recebimento de tratamento e cuidados; além disso, um grande tamanho de efeito é observado em todos os contrastes. Da mesma forma, evidenciam-se as estratégias utilizadas para enfrentar os impactos do CCP e seu tratamento.

Quanto aos aspetos significativos relacionados aos domínios do EORTC QLQ-C30, o impacto da disfonia é, sobretudo, ligado às dificuldades financeiras. A dificuldade de uma fala efetiva termina por ser uma das principais limitações aos pacientes de CCP; a reinserção profissional e o status econômico do indivíduo, com sua autonomia e independência, com frequência são atingidos pelos impactos de recuperação ou perenes do CCP, de forma que acarretam dificuldades financeiras e justificam a percepção mais acentuada das mesmas (Ward & Van As-Brooks, 2014).

Nos testes *t*-student realizados que se mostraram significativos entre as variáveis e os domínios do EORTC QLQ-H&N35, nesta pesquisa, homens remeteram maior perda de massa muscular e geral de peso, com uso de suplementos mais acentuado, assim como problemas relacionados à alimentação (como uso de tubo). Com isso, houve um alinhamento a exposição de Costa et al. (2014) sobre a resiliência feminina, já que não há distinções claras de impacto entre os gêneros e as experiências são relativamente similares, mas percebidas de forma mais latente pelos homens, provavelmente pelo decréscimo da aparência viril ou força, o que tem um impacto social representativo.

A vulnerabilidade feminina aparentemente é expressa em outros momentos ou canais distintos, como descrito por Palmieri et al. (2013), quando observou que elas tendem a ter maiores problemas depressivos no início do tratamento.

A perda de peso foi também o critério de maior significância relacionado à cidade de moradia do paciente, a recepção de tratamento e de atendimento nutricional. Quanto a esses achados, duas possibilidades se levantam ao estudo: a primeira, a importância dos espaços de cuidado e suporte aos cuidadores, dadas pela casa de apoio do HCAA, com estrutura para o desenvolvimento de cuidado ativo também aos cuidadores. A segunda evidenciou a possibilidade de que as rotinas de locomoção, cuidado, tensões e limitações relacionadas à doenças sejam mais acentuadamente sentidos no ambiente direto do convívio do local de moradia e círculo familiar, com maior impacto à subjetividade ou impeditivos objetivos representativos à uma alimentação suficiente, como é possível extrair de Ganzer et al. (2015) e Lang et al. (2013).

Da mesma forma, o uso de suporte multidisciplinar se mostrou vinculado à necessidade de comprometimentos efetivos vinculados à QVRS e que, conforme Lang et al. (2013), se referem quase sempre aos processos adaptativos ou desadaptativos do indivíduo que replicam no perfil alimentar e que são associados às objetividades e subjetividades intensas do CCP.

Os problemas com o contato social foram superiores em escore entre os indivíduos que tem necessidade de recepção de acompanhantes. Esta pesquisa mostrou que, comprovada a necessidade do paciente, o HCAA admite a presença desse indivíduo no interesse de um cuidado positivo na ausência da obrigação legal de acompanhar. Mas o acompanhante foi associado à menor competência geral do indivíduo ou aspetos legais, e sua presença é acompanhada de avaliação e suporte psicossocial, bem como a natureza de suas ações, a fim de que não sejam fatores de contenção ou restrição aos pacientes (Gilbert, 2014) e que tenham efetividade em seu cuidar para a condição específica do CCP, que é altamente demandante, como observado por Badr et al. (2014).

Nos testes a respeito da influência da presença de disfagia e os domínios do EORTC QLQ-H&N35, o plural impacto da disfagia é de expectativa na literatura e se justifica pela retração social e comportamental que acarreta ao paciente, com dificuldades de reenquadramento social e inserção nos espaços, eventos e hábitos em que antes o indivíduo se inseria (Leitão et al., 2013; Neville, 2016; Testoni et al., 2013).

As dificuldades de adaptação à prática e mesmo ao paladar que pode ser alterado afetam a relação do indivíduo com seu meio e seus pares (Alshadwi et al., 2013; Stout et al., 2013). Por ser dessa forma, os impactos físicos e sociais que envolvem a disfagia são intensos e de representativa interferência, pois tendem a reduzir a integração com o meio e a promover menor eficácia de enfrentamento pelo indivíduo (Ganzer et al., 2015; Lang et al., 2013).

Os fatores significativos referentes ao sexo do paciente e ECBM, em maioria, foi evidenciado que as mulheres adotam a dimensão de modelagem do comportamento com foco no problema para o enfrentamento do CCP, o que é um fator de maior efetividade na mediação estressora, uma vez que tende a causar resoluções de maior e mais rápido impacto. Esse resultado difere do relatado por Nipp et al. (2016) em seu estudo com pacientes com câncer de pulmão e gastrointestinal, que não identificaram diferenças significativas nas estratégias de enfrentamento utilizadas por homens e mulheres.

As correlações apresentadas entre coping e os instrumentos apresentados mostram que os eventos usuais do tratamento e da própria doença são potenciais ao sofrimento e as estratégias de superação terminam constituídas se há um repertório suficiente de resiliência, suporte emocional e capacidade de integração das potencialidades presentes.

Neste estudo, identificou-se que a estratégia de enfrentamento focada na emoção estava negativamente associada à QV geral e à saúde, e positivamente aos sintomas e condições derivadas da condição; achado que não coincide com o relatado por Greer et al. (2018), onde o enfrentamento orientado a problemas foi associado a uma melhor QV em pacientes com diferentes tipos de câncer.

Como considerações finais, na pesquisa, foram identificados diversos achados que evidenciam os impactos do CCP nos pacientes e suas respostas adaptativas, assim, aqui encontram-se descritos aspectos físicos e relacionados ao tratamento que, indiretamente, remetem à constituição e vivência psicológica do sujeito nesta experiência.

O CCP gera uma série de fatores de tensão de insegurança nos indivíduos, de forma que a manifestação de problemas alimentares, com a consequente perda de peso, é uma realidade recorrentes da QVRS no CCP. A mediação e a oferta de um suporte multiprofissional para o tratamento da complexa rede dos transtornos, comportamentos e limitações alimentares é fundamental à melhoria das condições de vida e integração social dos sujeitos com CCP.

No CCP, o contato social e a autopercepção como não saudável são fatores frequentes que afetam especificamente a QVRS. Quanto mais intensa tende a ser apresentação das restrições sociais e dessa percepção de doença, maior é a incidência da necessidade de acompanhante nos períodos hospitalares, em um sinalizador de dependência e restrição funcional e geral do indivíduo.

O coping no CCP, de forma ideal, conforme os resultados obtidos nesta pesquisa, deve ser mediado a partir da junção de emoção e foco no problema, de forma a possibilitar ao indivíduo acionar os mecanismos internos que respondam às diversas demandas que surgem no tratamento desta doença, em especial após a realização de uma cirurgia em que sequelas são determinantes. É orientado que, nestas premissas, a abordagem destes pacientes seja respaldada no estímulo ao desenvolvimento deste tipo de coping, a fim de melhores resultados gerais conforme o quadro destes pacientes específicos, com melhores respostas adaptativas.

Por último, sugere-se que, para maior aprofundamento dos resultados, seja realizado estudo de acompanhamento mais extensivo, como no primeiro mês e primeiro ano pós-cirurgia, para a consolidação destas estratégias em curto, médio e longo prazo ou identificação de posições distintas no avanço do período pós-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- Alshadwi, A., Nadershah, M., Carlson, E., Young, L., Burke, P., & Daley, B. (2013). Nutritional considerations for head and neck cancer patients: a review of the literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *71*(11), 1853-1860. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.04.028>
- Badr, H., Gupta, V., Sikora, A., & Posner, M. (2014). Psychological distress in patients and caregivers over the course of radiotherapy for head and neck cancer. *Oral Oncology*, *50*(10), 1005-1011. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2014.07.003>
- Billings, A. & Moos, R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 139-157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Binder, M., Roberts, C., Spencer, N., Antoine, D., & Cartwright, C. (2014). On the antiquity of cancer: Evidence for metastatic carcinoma in a young man from Ancient Nubia (c. 1200 BC). *PloS One*, *9*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090924>
- Campos, M., & Rodrigues Neto, J. (2014). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, *32*(2), 232-240. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2008.v32.n2.a1438>
- Carrillo, J., Ortiz, M., Salido, Z., Romero, N., Ochoa, F., & Oñate, L. (2013). Validation of the Mexican Spanish Version of the EORTC QLQ-H&N35 instrument to measure health-related quality of life in patients with head and neck cancers. *Annals of Surgical Oncology*, *20*, 1417-1426. <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2712-9>
- Costa, E., Nogueira, T., de Souza Lima, N., Mendonça, E., & Leles, C. (2014). A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. *Special Care in Dentistry*, *34*(3), 114-121. <https://doi.org/10.1111/scd.12039>
- De Paula Júnior, W., & Zanini, D. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(4), 491-497. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Evans, P., Montgomery, P., & Gullane, P. (2014). *Principles and practice of head and neck surgery and oncology*. CRC Press.
- Farinhas, G., Wendling, M., & Dellazzana-Zanon, L. (2013). Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. *Pensando Famílias*, *17*(2), 111-129.
- Ganzer, H., Touger-Decker, R., Byham-Gray, L., Murphy, B., & Epstein, J. (2015). The eating experience after treatment for head and neck cancer: a review of the literature. *Oral Oncology*, *51*(7), 634-642. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2015.04.014>
- Gilbert, P. (2014). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (eds.), *Body Shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 17-68). Routledge.
- Gonçalves, L., Ferreira, C., Zanini, D., Vasconcelos, C., & Gonçalves, S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da Sociedad de Psicoterapias Analíticas Grupales del Estado de San Pablo*, *16*(1), 107-121.
- Greer, J., Jacobs, J., El-Jawahri, A., Nipp, R., Gallagher, E., Pirl, W., Park, E., Muzikansky, A., Jacobsen, J., Jackson, V., & Temel, J. (2018). Role of patient coping strategies in understanding the effects of early palliative care on quality of life and mood. *Journal of Clinical Oncology*, *36*(1), 53-60. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.7221>
- Grubits, H. y Vera, J. (2011) Coping em estudantes universitários: Relação com áreas do conhecimento. *Psicología para América Latina*, (21).
- Instituto Nacional de Câncer. (2018). *Dia Nacional de Combate ao Câncer*. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>

- Lang, H., France, E., Williams, B., Humphris, G., & Wells, M. (2013). The psychological experience of living with head and neck cancer: a systematic review and meta-synthesis. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2648-2663. <https://doi.org/10.1002/pon.3343>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Leitão, B., Duarte, Í., & Bettega, P. (2013). Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 113-140.
- Melo Filho, M., Rocha, B., Pires, M., Fonseca, E., Freitas, E., Martelli Junior, H., & Santos, F. (2013). Quality of life of patients with head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(1), 82-88. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130014>
- Minarni, Artika I., Julistiono, H., Bermawie, N., Riyanti, E., Hasim, H., & Hasan, Z. (2017). Anticancer activity test of ethyl acetate extract of endophytic fungi isolated from soursop leaf (*Annona muricata* L.). *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 10(6), 566-571. <https://doi.org/10.1016/j.apjtm.2017.06.004>
- Neville, B. (2016). *Patologia oral e maxilofacial*. Elsevier Brasil.
- Nipp, R., El-Jawahri, A., Fishbein, J., Eusebio, J., Stagl, J., Gallagher, E., Park, E., Jackson, V., Pirl, W., Greer, J., & Temel, S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>
- Paiva, C., Carneseca, E., Barroso, E., Camargos, M., Alfano, A., Rugno, F., & Paiva, B. (2014). Further evaluation of the EORTC QLQ-C30 psychometric properties in a large Brazilian cancer patient cohort as a function of their educational status. *Support Care Cancer*, 22, 2151-2160. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2206-3>
- Palmieri, C., Bird, E., & Simcock, R. (2013). *ABC of Cancer Care*. New York: John Wiley & Sons.
- Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Reich, M., Leemans, C., Vermorken, J., Bernier, J., Licitra, L., Parmar, S., Golusinski, W., & Lefebvre, L. (2014). Best practices in the management of the psycho-oncologic aspects of head and neck cancer patients: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society Make Sense Campaign. *Annals of Oncology*, 25(11), 2115-2124. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu105>
- Salimena, A., Teixeira, S., Amorim, T., Paiva, A., & Melo, M. (2013). O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 142-147. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i1.31320>
- Santos, N., Santos, A., & Silva, R. (2016). Estratégias de enfrentamento de enfermeiros no cuidado aos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 50(4), 569-578. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500005>
- Sherman, A., Simonton, S., Adams, D., Vural, E., & Hanna, E. (2000). Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. *Head & Neck*, 22(8), 787-793. [https://doi.org/10.1002/1097-0347\(200012\)22:8<787::AID-HED7>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-0347(200012)22:8<787::AID-HED7>3.0.CO;2-R)
- Stout, R., Beckman, N., Shelby, S., & Labott, S. (2013). Psychological Issues in Head and Neck Cancer. In: J. Radosevich (ed.), *Head & Neck Cancer: current perspectives, advances and Challenges* (pp. 751-800). Springer.
- Testoni, R., Soares, V., Gonçalves, C., & Kalinke, L. (2013). Qualidade de vida de pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: uma revisão integrativa. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, 4(47), 107-121.
- Ward, E., & van As-Brooks, C. (2014). *Head and neck cancer: treatment, rehabilitation, and outcomes*. Plural Publishing.