

SIGNIFICADO DAS SEQUELAS FACIAIS ESTÉTICAS PARA INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

*Meaning of facial aesthetic sequelae for subjects undergoing surgery for treatment
of head and neck cancer*

Patrícia Helena Costa Mendes¹

Henrique Andrade Barbosa²

João Felício Rodrigues Neto³

Máisa Tavares de Souza Leite⁴

Cristina Andrade Sampaio⁵

Resumo: Introdução: o indivíduo portador de câncer de cabeça e pescoço que se submete à cirurgia adquire deformidades faciais com repercussões importantes na sua vida. Neste contexto, surge uma questão: como esses indivíduos lidam com as sequelas estéticas e retornam ao convívio social? **Objetivos:** o propósito deste estudo foi compreender o significado de viver com sequelas faciais para tais indivíduos, identificando suas novas construções de sentido. **Metodologia:** trata-se de um estudo clínico-qualitativo, cuja fundamentação teórica baseou-se no interacionismo simbólico e na análise de conteúdo como referencial metodológico. Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a sete indivíduos. **Resultados:** a análise das narrativas permitiu a identificação de unidades temáticas agrupadas em três categorias: significado das sequelas do câncer de cabeça e pescoço, interações sociais e experiência de se ter e tratar o câncer. **Conclusões:** à luz do interacionismo simbólico, pode-se compreender como os indivíduos retornaram ao convívio social, apresentando novos significados à sua imagem, bem como a aceitação e o enfrentamento diante da doença.

Palavras-chave: Neoplasias de cabeça e pescoço; Pesquisa qualitativa; Relações interpessoais.

- 1 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Professora do Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde – UNIMONTES.
- 2 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
- 3 Doutor em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
- 4 Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
- 5 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

Autor para correspondência: Patrícia Helena Costa Mendes.
E-mail: patyhcmendes@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 23/05/2016.

Artigo aceito em: 01/05/2017.

Artigo publicado em: 27/06/2017.

Abstract:Introduction: the individual with head and neck cancer who submits to surgery acquires facial deformities with significant repercussions in your life. In this context, a question arises: how these individuals deal with aesthetic sequels and return to social life? **Objective:** this study aimed to understand the meaning of living with facial sequels to such individuals, identifying their new constructions of meaning. **Methods:** this is a clinical-qualitative study whose theoretical foundation was based on symbolic interactionism and content analysis as a methodological reference. Semi - structured interviews were applied to seven individuals. **Results:** the analysis of the narratives allowed the identification of thematic units grouped into three categories: the meaning of the sequels of head and neck cancer, social interactions and experience to have and treat cancer. **Conclusion:** in light of symbolic interactionism, we could understand how individuals returned to social life, presenting new meanings to their image as well as the acceptance and coping in the face of illness.

Keywords: Head and neck neoplasms; Qualitative research; Interpersonal relations.

INTRODUÇÃO

Tumores malignos que atingem a cavidade oral, faringe e/ou laringe, que em conjunto formam o trato aerodigestivo, encontram-se no grupo dos cânceres de cabeça e pescoço. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma espinocelular, presente em mais de 90% dos casos.¹

O câncer de cabeça e pescoço acomete mais de 550 mil pessoas, por ano, em todo o mundo.² No Brasil, esta neoplasia representa o 5º lugar na incidência em homens e em 7º lugar entre as mulheres, sendo predominante em indivíduos com idade acima de 45 anos.³ Herchenhorn; Dias⁴ ressaltam que 60% desses casos são diagnosticados já nos estágios III e IV de desenvolvimento e apontam para os fatores de risco já bem estabelecidos como tabagismo e consumo de álcool.

Os tumores de cabeça e pescoço são passíveis de cura, principalmente quando se realiza um diagnóstico precoce. A cirurgia, quimioterapia e/ou a radioterapia são, isolada ou associadamente, os métodos terapêuticos mais aplicáveis. Para lesões iniciais, caracterizadas por estarem restritas ao seu local de origem, tanto a cirurgia quanto a radioterapia proporcionam bons resultados e a indicação depende da localização do tumor e das alterações funcionais provocadas pelo tratamento. Enquanto para lesões mais avançadas, se operáveis, a cirurgia está sempre indicada.^{5,6}

Consequências prejudiciais da submissão ao processo cirúrgico abrangem alterações na mastigação e deglutição, dificuldade na fonoarticulação, disfunção na drenagem linfática e deformidades faciais. As deformidades faciais não são raras, já que a cirurgia para remoção deste tipo de lesão, geralmente envolve largas ressecções, uma vez que

é necessário retirar todo o tecido canceroso com margens de segurança. Desta forma, o indivíduo perde o esquema corporal e sua identidade social fica comprometida.⁷ Cria-se um estigma, pois o indivíduo passa de um ser “normal” para um ser estigmatizado, aquele que foge dos padrões impostos por sua categoria social.⁸

Sequelas estéticas e funcionais devido à cirurgia para remoção de cânceres em regiões perceptíveis modificam a autopercepção e a capacidade dos indivíduos de interagir com os outros.⁹ Diante disso, pacientes com deformidades faciais devem receber apoio psíquico para lidarem com o subsequente impacto negativo em sua autoestima, além dos frequentes estados de tensão e medo decorrentes da mutilação, do desconhecimento em relação à doença e da possibilidade de morte. Esta medida garante o retorno de um possível convívio social prazeroso.

O presente estudo buscou compreender o significado de viver com sequelas faciais estéticas para indivíduos submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço e identificar suas novas construções de sentido. Buscou-se avaliar a autopercepção do indivíduo com relação à sua aparência e aceitação; verificar, segundo a sua percepção, a ocorrência de mudanças no relacionamento com as pessoas, além de compreender como este indivíduo se adapta às mudanças ocorridas em sua vida, após a cirurgia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, uma vez que pretende descrever e interpretar os significados dados aos fenômenos relacionados à vida do indivíduo assistido em *settings* de saúde. A pesquisa clínico-qualitativa mostra-se particularmente

útil em casos, cujos fenômenos possuem estruturação complexa, por serem de foro pessoal íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. Nesta abordagem, o pesquisador ressalta a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, à relação com os serviços de saúde e sobre como lidam com suas vidas.¹⁰

Para tanto, elegeu-se o interacionismo simbólico como referencial teórico, já que possibilita compreender os aspectos internos experimentais da conduta humana.¹¹ Avaliar este processo à luz do interacionismo simbólico permite que este estudo cumpra o objetivo de interpretar a percepção das pessoas, o significado que elas dão aos fatos e como se interagem, determinando novas experiências vivenciadas. Como referencial metodológico recorreu-se à análise de conteúdo temática baseada nos pressupostos de organização, codificação, categorização e inferências.¹²

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de outubro e novembro do ano de 2012, tendo como *setting* o Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Dilson Godinho, referência para tratamento oncológico, localizado no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Participaram, deste estudo, sete indivíduos submetidos à cirurgia para remoção de câncer de cabeça e pescoço, que atendiam ao critério de inclusão de apresentarem sequelas faciais estéticas. A coleta de dados ocorreu mediante realização de entrevista individual e semiestruturada, a fim de permitir aos entrevistados discorrerem livremente sobre o tema. As entrevistas aconteceram em ambiente apropriado, com a participação de dois entrevistadores e com tempo de duração variando entre 10 e 30 minutos.

Como questão norteadora da pesquisa utilizou-se: como você se sente com sua nova aparência, após a realização da cirurgia para remoção do câncer? Desta questão emergiram outras interrogações adicionais que foram necessárias para o

aprofundamento e reconhecimento das experiências vivenciadas, a saber: Como você acha que as pessoas o veem? Após a cirurgia mudou algo em seu relacionamento com as pessoas dentro e fora de sua casa? O que você tem feito para adaptar-se às mudanças após a cirurgia? Como foi a sua reação no momento do diagnóstico?

As entrevistas foram gravadas e transcritas, logo após sua realização, de modo a permitir uma melhor análise das falas. As entrevistas foram interrompidas após a saturação teórica, isto é, quando se verificou a repetição das falas por indivíduos diferentes, a não ocorrência de dados novos e a percepção dos significados propostos pelos objetivos do estudo.¹³

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – MG, recebendo parecer consubstanciado de aprovação nº. 85.809/2012. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para permissão da análise e publicação dos dados. Para garantir o sigilo, os indivíduos são representados pela letra **E** (entrevistados) e a numeração arábica determina um código estabelecido pelos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados cinco homens e duas mulheres, corroborando com a literatura científica de que a doença é mais prevalente em homens comparados às mulheres, já que os fatores de risco como tabagismo e etilismo são mais frequentes no gênero masculino.¹⁴

As idades dos indivíduos variaram entre 33 e 74 anos, sendo que dois tinham de 26 a 45 anos; quatro de 46 a 65 anos e um com idade superior a 66 anos. Um estudo epidemiológico verificou que a faixa etária mais comum para o desenvolvimento

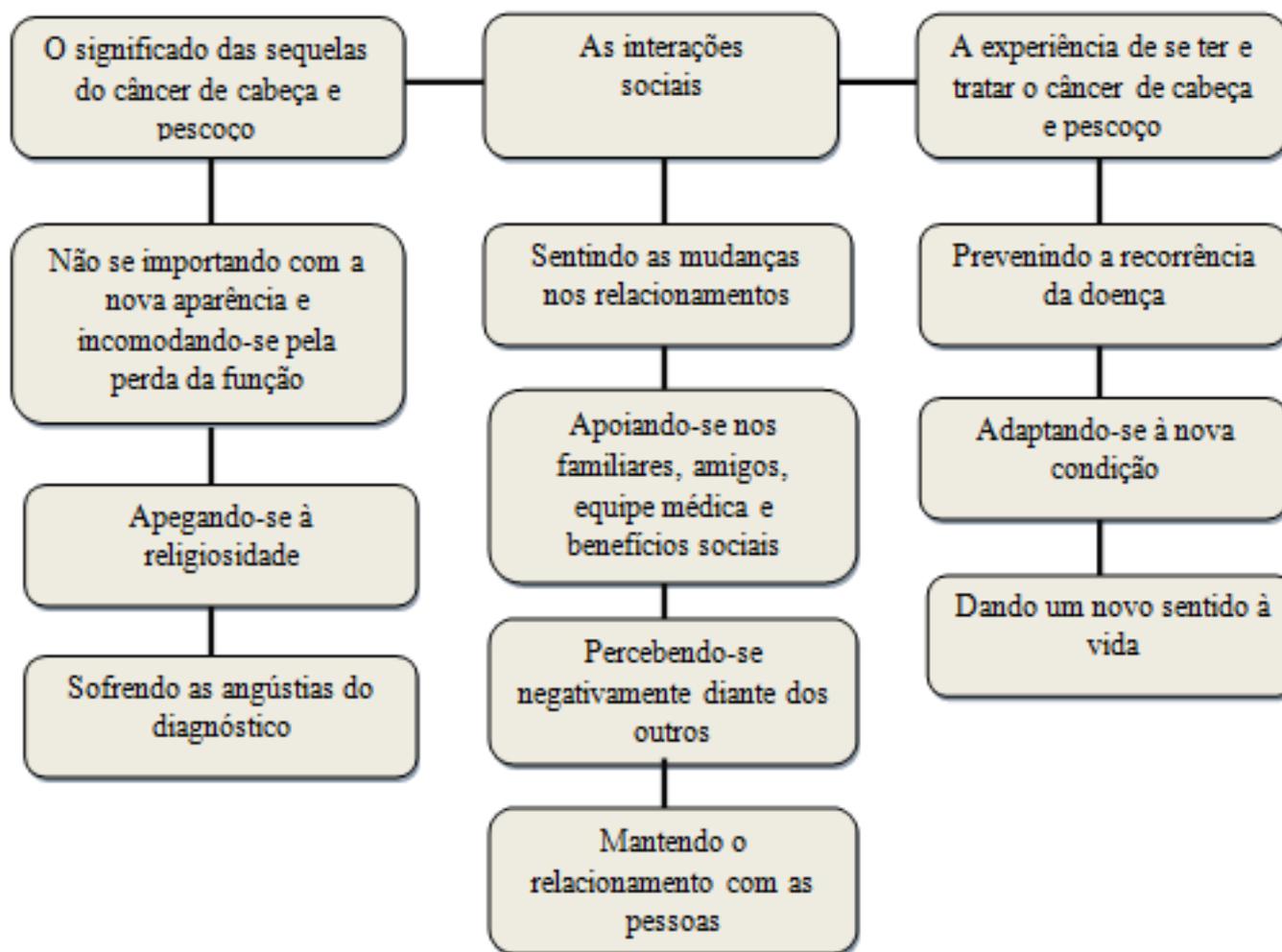
do câncer do sistema aerodigestivo superior é a partir dos 45 anos e que a média de idade variou entre 55,6 anos para os homens e 60,7 para mulheres.¹⁵ Quanto à procedência, todos os indivíduos participantes deste estudo residiam na região Norte de Minas Gerais, sendo dois moradores da zona rural e cinco da zona urbana.

A totalidade dos indivíduos apresentou o tipo histológico mais comum: carcinoma espinocelular ou epidermóide com localizações diversas, sendo dois de orofaringe, dois de laringe, um de pescoço, um de mandíbula e um de língua.

Quanto ao tempo decorrido, após a realização da cirurgia, três participantes tinham até um ano; um com tempo de dois anos e outros três com cerca de três anos ou mais. Assim, tal fator foi preponderante na interpretação do significado das sequelas estéticas faciais, pois quanto maior tempo de ocorrência do procedimento cirúrgico, mais adaptado e resignado está o indivíduo.

Após análise de conteúdo temático, emergiram três categorias conceituais e onze subcategorias, baseadas nos princípios do interacionismo simbólico (Figura 1).

Figura 1 - Categorias conceituais e subcategorias sobre a compreensão do significado de viver com sequelas faciais estéticas para indivíduos submetidos à cirurgia para tratamento do câncer de cabeça e pescoço.



Apresentação das categorias e subcategorias:

Categoria 1 - O significado das sequelas do câncer de cabeça e pescoço

Subcategoria - Não se importando com a nova aparência e incomodando-se pela perda da função:

E 5: “*A cicatriz de orelha a orelha não me incomoda, o que importa é a saúde. O que importa é o que tirou por dentro, né?*”.

E 6: “*Tirei um bom pedaço da mandíbula, mas aceitei, o importante é tá vivo. Essa diferença não significa nada pra mim. Com relação a esse fundo [local com sequela da cirurgia] muitos ficam olhando, mas eu não me importo... Eu só estava com medo de perder a fala. E não perdi, estou no lucro*”.

A cirurgia, como recurso terapêutico, traz para os pacientes um sentimento paradoxal: de um lado a possibilidade da cura, do outro a realidade das sequelas das funções orais deixadas. Nesta pesquisa, os pacientes ressaltam o valor da vida em detrimento à preocupação com a aparência. Diante da possibilidade da morte, a aparência ganha caráter de importância secundária. A perda das funções torna-se mais significativa do que a perda da estética e da anatomia.⁷

Percebe-se, todavia, que a aparente aceitação em relação à imagem corporal alterada, constitui uma estratégia de enfrentamento da doença. A desfiguração e estigmatização passam a ser vistas como inevitáveis.

Hannickel¹⁶ *et al.* verificaram as atitudes dos laringectomizados frente à sua imagem corporal alterada e demonstraram que não há adaptação e sim resignação, como tentativa de conviver com a condição de perdas de papéis e da imagem ideal de corpo.

O estudo também observou que se almeja a

melhora da aparência quando existe a possibilidade de reconstrução das partes anatômicas retiradas, utilizando-se de próteses. O que confirma uma aceitação contraditória da nova aparência e não definitiva:

E 6: “*Agora eu queria é colocar uma prótese no lugar que ficou fundo.*”.

Devido à mutilação provocada pela cirurgia, e muitas vezes, ausência da possibilidade de reconstrução, faz-se essencial, como estratégia de enfrentamento, a aceitação da nova aparência, valorizando-se a coragem e a força de vontade para superar a doença como elementos fortalecedores da autoestima. Este processo deve ser valorizado pelos profissionais de saúde e familiares.

Subcategoria - Apegando-se à religiosidade:

Suportar a doença e o tratamento exige do indivíduo com câncer coragem e perseverança. Para continuação do tratamento, é preciso força espiritual que leva o indivíduo a acreditar na existência de um ser superior. A vitória conseguida em cada fase da doença, além da motivação para vencer, é atribuída à sua fé em Deus e no seu poder de cura.¹⁷

A espiritualidade é um apoio importante na construção dos significados, pois representa uma ferramenta para o enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer, ajudando os indivíduos a se projetarem na busca de recursos na luta contra a doença.¹⁸

E2: “*Eu participo da igreja evangélica e dou testemunhos, palestras sobre a minha doença para motivação de grupos... Eu tenho o maior prazer de falar que eu tive câncer de garganta e fui curado já tem quase 3 meses, eu faço acompanhamento e não sinto mais nada, e essas sequelas que*

ficaram a gente vai acostumando, então eu vivo a minha vida normal”.

E6: *“Pra ficar bem tem que ter fé em Deus, não há nada nem ninguém que possa sustentar como Deus. A fé em Jesus Cristo faz vencer todas as barreiras”.*

Subcategoria - Sofrendo as angústias do diagnóstico:

E2: *“No início a gente fica triste, mas depois vai acostumando, né? No dia-a-dia, aí se torna normal”.*

E7: *“Eu fiquei preocupada, pensei que ia morrer (...). Fiquei insegura”.*

A revelação do diagnóstico de um câncer é fator de ruptura e desestruturação psicológica, exercendo seu papel de enfermidade cruel e devastadora. Para muitos, o diagnóstico significa uma sentença de morte. Isso reflete o quanto o estigma do câncer encontra-se arraigado às pessoas.¹⁹

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas ocorridas nas esferas emocional, social e material. A atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico.²⁰

Categoria 2 - As interações sociais

Subcategoria - Sentindo as mudanças nos relacionamentos:

Para Maffesoli²¹, a pessoa só existe na relação com o outro.

Após o diagnóstico de câncer, o ser humano pode vivenciar sentimentos diversos com o outro, procurando interagir com os seres presentes em seu mundo. Porém, podem ser percebidas mudanças nos relacionamentos com amigos, cônjuge e demais membros da família.²²

E 4: *“Não, não saio não (...), nunca fui de*

sair não, mas agora é pior ainda, agora é que não saio mesmo”.

E 5: *“Mas a vida mudou, não posso trabalhar, nem ir a uma festa, nem jogar com os amigos”.*

E 6: *“Dentro da minha casa mudou com a minha mulher. A relação não fica normal. A diferença é na parte do sexo, mas vai passar, mas o carinho e o amor ainda existe. Meus filhos me apoiaram e a relação até melhorou mais, pois eu parei de beber, né? Os amigos que eu tinha era de boteco. Então, como acabou a convivência (...). Sinto falta dos amigos, das conversas, do baralho. Não dá pra ir sem beber, é melhor evitar. Se não quero o mal pra mim, é melhor ficar longe dele (risos)”.*

O indivíduo doente reflete, profundamente, acerca da autenticidade da amizade e, a partir dessas reflexões, procura afastar-se de pessoas que não se preocupam verdadeiramente com seu padecimento. Ao refletir sobre as relações interpessoais, os indivíduos são tomados por sentimentos de medo, incerteza, ansiedade, pânico e depressão.

Em relação às interações sociais, List; Ritter-Sterr; Lansky²³ consideram relevante na avaliação clínica do paciente a percepção de três fatores: entendimento do discurso, normalidade da dieta e comer em público. Segundo os autores, esses três parâmetros mostram o grau de necessidade de acompanhamentos complementares com uma equipe multidisciplinar que facilite a readaptação do indivíduo ao seu convívio social.

Subcategoria - Apoiando-se nos familiares, amigos, equipe médica e benefícios sociais:

Quando se reconhece a família como unidade de cuidado, surge a necessidade de reconhecer determinações sociais, políticas e econômicas que permeiam as relações entre as famílias, os serviços

de saúde e os órgãos governamentais, uma vez que conviver com a doença oncológica de um familiar pode ser considerada uma sobrecarga física e emocional, como potencial fonte de estresse.^{17,24}

A família tem o dever de assumir e apoiar seus membros e, nessa perspectiva, os pacientes desta pesquisa tiveram apoio e acolhimento de seus familiares.

E 6: *“Início uma nova vida com 51 anos, sou feliz porque estou ainda com a minha família... e tenho o apoio deles.*

A família, ao presenciar de perto as dificuldades, reconhece-as, em maior ou menor grau, como uma verdadeira batalha e identifica sua própria fragilidade diante desse processo e precisa de apoio para superá-la.^{17,25,26} O câncer provoca uma ruptura na organização da dinâmica familiar, fazendo com que a pessoa enferma e seus cuidadores repensem suas atividades diárias, papéis e conceitos.²⁷

Assim, a díade paciente-família precisa de cuidados específicos de uma equipe multiprofissional, para que possa enfrentar, com mais segurança e adequação, a nova experiência de vida e de doença. Destaca-se a necessidade do acompanhamento psicológico pautado na terapia cognitivo-comportamental, a fim de treinar habilidades de enfrentamento à condição do prognóstico ruim da doença, com a expressão de sentimentos, a reflexão sobre o sentido da vida, contribuindo para uma melhor habilidade de comunicação e melhor capacidade para a tomada de decisões.²⁸ As interações para as ações de cuidado podem resultar em gratificações mútuas entre os pacientes e os profissionais de saúde. Ao sentir-se gratificado pela ação desenvolvida, o profissional volta a desejar novo reconhecimento, reforçando, assim, seu modo de agir, com humanização.^{22,29}

E 5: *“ (...) Vivendo com os amigos. Ainda tem muita gente boa. A Doutora (...) [cita os nomes dos médicos que o tratam] são muito bons, gostam de tratar a gente.*

E 6: *Devo muito obrigação ao Doutor [registra o nome do cirurgião]. Ele me trata tão bem que parece que eu sou da família dele”.*

A falta de recursos financeiros no meio familiar constitui um problema considerável, principalmente quando o afetado é o provedor, levando-o ao afastamento do trabalho. O trabalhador que adoece passa a ter um ganho proveniente da previdência em forma de aposentadoria ou auxílio-doença.

E4: *“Eu tô recebendo um salário né, do governo... um benefício... pelo meu problema, pra comprar coisa de comer (...), tem que tomar leite todo dia, tomar iogurte todo dia, eu tenho que tá tomando remedinho, umas coisas, então, esse dinheiro veio na hora certa, ajudou muito, e como ajudou”.*

Subcategoria - Percebendo-se negativamente diante dos outros:

E 4: *“Parece que eles ficam com pena da gente, né? Assim, ah, eu não acho que é muito bom ninguém ter pena da gente não, tive depressão”.* (Pausa por alguns minutos).

E 5: *“Um bocado de gente sente dó. E um bocado de gente ruim ri da gente. (Abaixa a cabeça). Falam que a sonda é tromba de elefante.*

Experienciar o câncer para o indivíduo leva a sentimentos dolorosos e negativos, até porque lida-se com uma situação cheia de incertezas, com a expectativa de morte,³⁰ e de aceitação no meio social.

Neste momento das entrevistas, foi possível perceber os significados da linguagem não verbal que denotava sentimentos de pesar. Na pesquisa qualitativa, a interpretação dos dados inicia-se durante a própria fase de coleta dos mesmos. O pesquisador deve estar atento, no momento da entrevista, para possíveis manifestações não-verbais do entrevistado, que possam lhe dar indícios interpretativos. O pesquisador qualitativo deve complementar a redação com as observações emergentes no *setting* da entrevista, sempre perguntando a si próprio o porquê dos detalhes da linguagem verbal e não-verbal do entrevistado.¹⁰

Subcategoria - Mantendo o relacionamento com as pessoas:

Os indivíduos mais próximos dos pacientes tendem a oferecer apoio para transmitir segurança no tratamento da doença.

E 5: “*Nem todo mundo mudou. Dentro de casa não. Os mais chegados não mudaram*”.

E 6: “*Com as pessoas de fora não mudou nada não. Sem diferença nenhuma. Hoje eu ajudo quem está na mesma situação [com câncer]. As pessoas me veem como um campeão e eu me considero um*”.

E 7: “*Não, não teve mudança assim não. Nem dentro nem fora da minha casa. O povo entende (...), as pessoas falam que eu estou bem, que nem dá pra reparar direito*”.

A família como unidade primária de cuidado, é um espaço social, no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e enviam esforços na busca de soluções.³⁰

Categoria 3 - A experiência de se ter e tratar o câncer de cabeça e pescoço

Subcategoria - Prevenindo a recorrência da doença:

A recorrência da doença é uma possibilidade

na vida de todo indivíduo diagnosticado com câncer. A incerteza é usada pelos indivíduos como base para sua auto-organização e reformulação de sua visão de vida. Nesse estado de ordem, há uma nova visão de mundo envolvendo o pensamento probabilístico e, a expectativa de um mundo condicional. Abre-se a considerações de múltiplas possibilidades e eventos.³¹

Apesar da existência da possibilidade de cura e do avanço biotecnológico, conquistado nos últimos anos, o câncer, ainda, é uma doença silenciosa e de prognóstico de cura incerto.²⁴

O medo de um possível novo tratamento contra o câncer e a repetição de morbidades associadas, faz com que tais indivíduos passem a cuidar mais da saúde, a se autoexaminarem e a evitarem os fatores de risco relacionados à doença:

E1: “*Não fico mais no sol, fico mais é dentro de casa, não costumo sair não*”.

E5: “*Fumei por 20 anos e no dia antes da cirurgia eu parei, nunca mais. Parei de fumar de um dia pro outro. Tenho que fazer a minha parte*”.

E7: “*Agora eu estou sempre olhando a boca, observando (...), pois no início era só uma afta, né?*”

Subcategoria - Adaptando-se à nova condição:

As sequelas e limitações funcionais demandam adaptações para a manutenção da saúde. Fica, assim, evidente a necessidade de rever hábitos, conceitos e, principalmente, priorizar o que é importante na vida.

O aspecto emocional é fator decisivo para enfrentar a doença, já que auxilia na resposta positiva a cada dificuldade e na reação do organismo ao tratamento. O indivíduo compreende a importância deste fato e isto beneficia a superação dos obstáculos. A esperança de cura pode estar baseada na confiança depositada no tratamento.¹⁷

E2: “A gente vai educando, né, eu tinha dificuldade muito grande pra engolir porque a garganta estava muito seca até pra tomar água... a água retornava pelo nariz, aí eu mesmo tive que me educar, eu tomava água com o pescoço pra cima, pra água não voltar então fui me educando perfeitamente (...) então hoje eu já alimento normal, eu tomo água até com o pescoço virado pra baixo”.

Subcategoria - Dando um novo sentido à vida:

E5: “Se eu aguentar, quero trabalhar até morrer. Quero cuidar dos meus filhos, tem uns que ainda são pequenos.”

E7: “Vivendo uai. Depois disso ainda tive uma filha. Depois que tive uma filha, muita coisa mudou na minha vida. As prioridades são outras, penso e preocupo mais com ela do que comigo”.

Ao assumir-se com câncer e ao interagir com diversas situações que passam a ser ressignificadas, o indivíduo avalia o passado, manipula e planeja o futuro, atribuindo, assim, um novo significado para sua experiência.

Percebe-se nos indivíduos que participaram, deste estudo, uma situação descrita por Barros³³, em que se observa um impulso vital que leva à aceitação do presente e de sua condição, a sabedoria dos limites que se deve desfrutar e das banalidades que dão sentido à vida. Há a necessidade de perder-se para reencontrar-se. Há um querer-viver teimoso que dá coerência a esse mundo sobre o qual operam tantas forças centrífugas – agressividade, egoísmo e indiferença. Sobreviver ao câncer, visto como nova chance de vida, caracteriza-se como momento oportuno para aprender novos valores, superar as limitações, a perda de papéis, as desfigurações faciais. Enfim, desfrutar vitoriosamente a sobrevivida.

CONCLUSÃO

À luz do interacionismo simbólico, pode-se compreender a maneira como os portadores de sequelas faciais estéticas, participantes deste estudo, retornaram ao convívio social, apresentando novos significados à sua imagem, bem como a aceitação e o enfrentamento diante da doença. Além disso, permitiu avaliar as angústias associadas à perda de funções e ao momento do diagnóstico, o apego à religiosidade, as interações com os familiares, amigos e equipe médica e as novas experiências vivenciadas como meio de se evitar a recorrência da doença. Criam-se situações que dão um novo sentido à vida. Constrói-se uma nova identidade ao assumir uma imagem ativa do ser humano ao rejeitar a condição de um organismo passivo.

A partir destas análises, os profissionais de saúde podem realizar uma releitura deste processo e atuar de forma mais humanizada, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos sobreviventes que, com possibilidade real de sobrevivida, precisam receber uma atenção diferenciada para superar os danos causados pelo tratamento.

REFERÊNCIAS

1. DEDIVITIS, R. A. *et al.* Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 70, n.1, p. 35-40, 2004.
2. PARKIN, D. M. *et al.* Global cancer statistics. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, v. 55, n.1, p.74-108, 2005.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional

do Câncer. *Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

4. HERCHENHORN D.; DIAS F. L. Advances in radiochemotherapy in the treatment of head and neck cancer. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, v. 59, n. 1, p. 39-46, 2004.

5. PETIT, J. Y. *et al.* Evaluation of cosmetic results of a randomized trial comparing surgery and radiotherapy in the treatment of basal cell carcinoma of the face. *Plastic & Reconstructive Surgery*, v. 105, n. 7, p. 2544-2551, 2000.

6. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Condutas do INCA/MS: Carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n. 4, p.361-76, 2001.

7. IRINEU, R. A.; CAPRARA, A. Histórias de pacientes com câncer de boca e práticas de fumo em áreas rurais do nordeste brasileiro. *Escola Anna Nery*, v. 12, n.3, p.500-507, 2008.

8. GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnico-científicos, 1988.

9. VILLARET, B. *et al.* Quality of life in patients treated for cancer of oral cavity. *ACTA Otorinolaryngologica Italica*, v. 28, n.3, p. 120-125, 2008.

10. TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

11. FERNANDES, A. F. C. *et al.* Significado do

cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 1, p. 27-33, 2012.

12. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70, LDA, 2009.

13. MUSSI, F. C.; FERREIRA, S. L.; MENEZES, A. A. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 2, p.170-178, 2006.

14. LOSI-GUEMBAROVSKI, R. *et al.* Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p.393-400, 2009.

15. CARVALHO, M. B. *et al.* Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 3, p. 208-214, 2001.

16. HANNICKEL, S. *et al.* O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48. n. 3. p. 333-339, 2002.

17. FERREIRA, N. M. L. *et al.* Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.9, n.2, p. 269-277, 2010.

18. SILVA, M. R. B. *et al.* O câncer entrou em meu lar; sentimentos expressos por familiares de clientes. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 16, n.1, p.70-75, 2008.

19. VALLE, E.R. M. *Câncer infantil: compreender e agir*. São Paulo: Editorial Psy; 1997.

20. SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*, v. 13, n. 2, p.231-37, 2008.
21. MAFFESOLI, M. *O tempo das tribos – O declínio do individualismo nas sociedades de massa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
22. MOLINA, M. A. S.; MARCONI, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 4, p.514-20, 2006.
23. LIST M. A.; RITTER-STERR C.; LANSKY S. B. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*, v. 66, n. 3, p. 564–569, 1990.
24. TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 29, p. 395-408, 2009.
25. SALCI, M. A.; MARCON, S. S. A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 1, p.18-25, 2010.
26. FERREIRA, C. B.; ALMEIDA, A. M.; RASERA, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 27, p. 863-871, 2008.
27. SILVA, S. E. D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 727-734, 2010.
28. SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.
29. LEITE, M.T.; GONÇALVES, L. H. T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 18, n. 1, p.108-115, 2009.
30. BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, n. 2, p.133-137, 2003.
31. ALMEIDA, A. M. *et al.* Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v.9, n.1, p.63-69, 2001.
32. VASCONCELOS, E. V. *et al.* Cancer in the social representations of caregivers: implications for care. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, v. 6, n. 2, p. 474-484, 2014.
33. BARROS, A. T. M. P. Perceber-se para reencontrar-se. *Jornal da USP*, v. 2, n.1, p.14-16, 2002.