

# A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO NUMA PESSOA LARINGECTOMIZADA

Glória Gonçalves; João Guterres; Sónia Novais\*

\*Artigo realizado no âmbito da Unidade Curricular de Transições Saúde/Doença pelos alunos do curso de pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto no ano lectivo 2009/2010

O presente artigo tem como intuito realizar um estudo de caso sobre a transição vivenciada por uma pessoa acometida por cancro da cabeça e pescoço, mais concretamente cancro da laringe. Pretendemos efectuar esta análise à luz da teoria das transições desenvolvida por Meleis. Esta teoria permite-nos avaliar a natureza da transição, condições facilitadoras e inibidoras, bem como os padrões de resposta, permitindo a adequação das terapêuticas de enfermagem à singularidade da pessoa em estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transição; Cancro da cabeça e pescoço; Laringectomia

*ABSTRACT: This article has the intention to conduct a case study on the transition experienced by a person affected by cancer of the head and neck, specifically cancer of the larynx. We intend to carry out this analysis in light of the transitions theory developed by Meleis. This theory allows us to assess the nature of the transition, facilitating and inhibiting conditions and response patterns, allowing us to adequate the nursing cares to the uniqueness of the person under investigation.*

*KEY-WORDS: Transition; Head and neck cancer; Laryngectomy*

## INTRODUÇÃO

O cancro é uma ameaça séria à vida humana, sendo geralmente aceite que o cancro da cabeça e pescoço acarreta uma alteração grave da imagem corporal. Este tipo de cancro apresenta uma taxa de incidência, por cem mil tumores malignos, na região norte de Portugal, de 20,6% nos homens, e de 5,6% nas mulheres, sendo a taxa total de 12,9% (IPO, 2005). Estes dados vão de encontro aos dados internacionalmente aceites, que referem que os homens apresentam um maior risco de desenvolverem este cancro quando apresentam uma idade superior a 40 anos (Carr, 2005 p. 1295).

Os tumores da cabeça e pescoço são um grupo heterogéneo que afectam os seguintes locais, a saber, pele e lábio, cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, nasofaringe, glândulas salivares, cavidade nasal e seios perinasais, meato auditivo externo e ouvido

médio (Eakin, 2001 p. 139). No entanto, a maioria destes tumores ocorrem na cavidade oral (48%), laringe (25%) e orofaringe (10%) (Carr, 2005 p. 1295). De realçar que um terço destes doentes morre, sendo que a taxa de sobrevivência aos cinco anos é de 53% e aos 10 anos de 43% (Jennings, et al., 2001 p. 251).

Os principais factores de risco associados são o consumo do tabaco, álcool, idade avançada, sexo masculino, vírus de Epstein-Barr, exposição a agentes químicos e exposição solar (Jennings, et al., 2001 p. 251). Sendo o tabaco a principal causa deste tipo de tumor, quando associado ao consumo excessivo de álcool é criada uma sinergia que potencia o desenvolvimento de células tumorais.

Este tipo de tumor apresenta um impacto acrescido relativamente a outros tumores, pois afecta adultos

relativamente jovens, ainda numa idade activa, que se reflecte na sua vida familiar, social e laboral. Sendo esta região corporal única, na qual existem interacções complexas entre a face, a cavidade oral, a passagem do ar, a apresentação pessoal e a ingestão de comida, a situação do doente requer um planeamento exigente das intervenções (Jennings, et al., 2001 p. 253).

A teoria das transições é uma teoria de médio alcance que nos permite compreender de que modo estes doentes se adaptam não só ao diagnóstico de cancro, mas também aos tratamentos, à alteração da sua imagem corporal e ao facto de terem, na maioria das vezes, de cuidar de um traqueostoma, uma vez que esta é uma doença que interfere na qualidade de vida, imagem corporal, auto-estima e no próprio status social (Liu, 2008).

Pretendemos desta forma, e após revisão bibliográfica, aferir como se está a processar a transição no nosso doente, nomeadamente, identificando a natureza, o tipo, o padrão e as propriedades da mesma, bem como delimitando as condições facilitadoras e inibidoras e os indicadores de processo e de resultado que este doente apresenta.

Pretendemos igualmente perceber qual é o nosso papel enquanto enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na promoção e facilitação do processo de transição destes doentes complexos.

## MÉTODOS

Escolhemos como método para o desenvolvimento deste artigo a elaboração de um estudo de caso de uma pessoa a vivenciar uma transição saúde/doença devido a um cancro da cabeça pescoço, nomeadamente um cancro da laringe.

Após um contacto inicial com esta pessoa por um dos elementos do grupo foi-lhe pedido consentimento para ser incluído neste estudo de caso. Foi realizada, inicialmente, uma entrevista semi-estruturada, realizado um acompanhamento ao longo do internamento e foi efectuada uma colheita de dados do processo clínico, tendo estes dados sido submetidos a uma análise de conteúdo que nos permitiu perceber de que modo a pessoa estava a viver a sua experiência de doença e de que modo se estava a adaptar a esta nova situação.

Para garantir a sustentabilidade da nossa análise pesquisamos electronicamente na Biblioteca do Conhecimento Online (b-on), na EBSCO Host, que aloja diversos pacotes científicos, entre eles a CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e a MEDLINE, e foi igualmente utilizada a base de dados ISI Web of Science. Foi também realizada pesquisa manual em biblioteca de livros de Oncologia e Psicologia da Saúde. Utilizamos igualmente artigos e livros sobre a teoria das transições, fornecidos ou recomendados pela unidade curricular e por outras unidades do curso de especialidade.

## UMA HISTÓRIA CLÍNICA POSSÍVEL

RJ, 53 anos, casado, tem uma filha de 18 anos e é professor de matemática do ensino secundário. Tem como habilitações académicas uma licenciatura em matemática e uma pós-graduação em educação e pedagogia. Fuma desde os 19 anos cerca de 2 maços de cigarros por dia, e refere-nos que toma cerca de um copo de vinho às principais refeições e ingere bebidas brancas ao fim-de-semana ou após umas jantaras com os amigos.

Sem antecedentes de doença pessoal. O pai faleceu com cancro gástrico há 35 anos e a mãe teve um Acidente Vascular Cerebral há dois anos, encontrando-se dependente no autocuidado. A mãe reside com o doente e é a esposa dele a cuidadora informal da sogra.

RJ notou ao longo de três meses perda de peso, de cerca de cinco quilos, rouquidão persistente após síndrome gripal e adenopatias cervicais discretas. Recorreu ao médico de família que recomendou a execução de exames analíticos de rotina, uma radiografia ao tórax e prescrição de um antibiótico por amigdalite. As análises revelaram uma discreta anemia, pelo que foi receitado um suplemento vitamínico, e na bioquímica apresentava uma diminuição do valor de albumina. A radiografia do tórax encontrava-se normal.

No dia 25 de Dezembro recorre ao serviço de urgência com dificuldade respiratória, estridor laríngeo e disfagia para sólidos, e foi observado por ORL. Ao exame físico apresentava-se emagrecido (o doente referiu que não se conseguia alimentar de alimentos sólidos há cerca de uma semana por dor intensa ao

engolir), mantinha adenopatias cervicais e apresentava alguns roncocal nas bases à auscultação pulmonar. A radiografia pulmonar indicava um ligeiro infiltrado nas bases. Realizou TAC cervical com contraste no próprio dia, que revelou uma massa tumoral suspeita a nível da laringe. Realizou, no dia seguinte, microlaringoscopia em suspensão e biopsia de uma porção da massa tumoral que revelou um tumor maligno de células escamosas com estadiamento, segundo a classificação TNM de T1N1M0, e que na classificação do American Joint Committee on Cancer é agrupado no estágio III.

No dia 5 de Janeiro é submetido a uma intervenção cirúrgica onde é realizada uma laringectomia total, com esvaziamento cervical ganglionar radical, o que condicionou a realização de uma traqueostomia com cânula shilley n.º 10 com cuff e a colocação de uma sonda nasogástrica para alimentação. No segundo dia de internamento inicia quadro de infecção respiratória grave por *Acinetobacter baumannii*, pelo que foi submetido a antibioterapia. Como plano de tratamento após a alta, está proposto para realização de radioterapia durante cerca de 5 semanas seguida de 4 ciclos de quimioterapia com objectivo curativo.

### **TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA: A ANÁLISE CRÍTICA DA EXPERIÊNCIA DE UM DOENTE COM CANCRO DA LARINGE**

O diagnóstico de cancro coloca a pessoa perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física e psicológica. Quando este cancro tem como localização a zona da cabeça ou pescoço o desafio torna-se ainda maior pelo facto de esta região se encontrar muito exposta e de as pessoas considerarem a face como algo que as identifica perante os outros. As pessoas com este diagnóstico vivem uma situação de transição, potenciada pelas possibilidades de tratamento que estão neste momento disponíveis, quer em termos cirúrgicos, com o recurso a microcirurgia reconstrutiva, quer de radioterapia e quimioterapia com objectivo curativo. Neste sentido, Chick & Meleis (1986 p. 247) afirmam que *“os avanços tecnológicos na medicina sujeitam as pessoas a transições não sonhadas há algumas décadas atrás”*.

Meleis (2007 p. 470) define transição como *“uma mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades”*. Enquanto passagem de um estado para outro, a transição implica não só a interrupção, mas igualmente, segundo Chick & Meleis (1986 p. 239), as respostas da pessoa a essa interrupção. Deste modo, embora o termo seja entendido, por vezes, como sinónimo de mudança, ele denota *“um processo psicológico que envolve a adaptação ao evento ou à interrupção”* (Kralic, et al., 2006 p. 322). Assim, a transição implica uma redefinição do sentido do eu no contexto social, através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações no comportamento, sendo esta uma das áreas de actuação dos enfermeiros (Meleis, 2007, p. 470).

Iremos analisar criticamente a transição vivenciada por RJ, confrontando os dados recolhidos com os estudos encontrados. Inicialmente a informação acerca do nosso doente irá aparecer num esquema simples que permite ter uma visão global da avaliação realizada por nós, apoiada na teoria das transições de Meleis e sintetizada na figura 1.

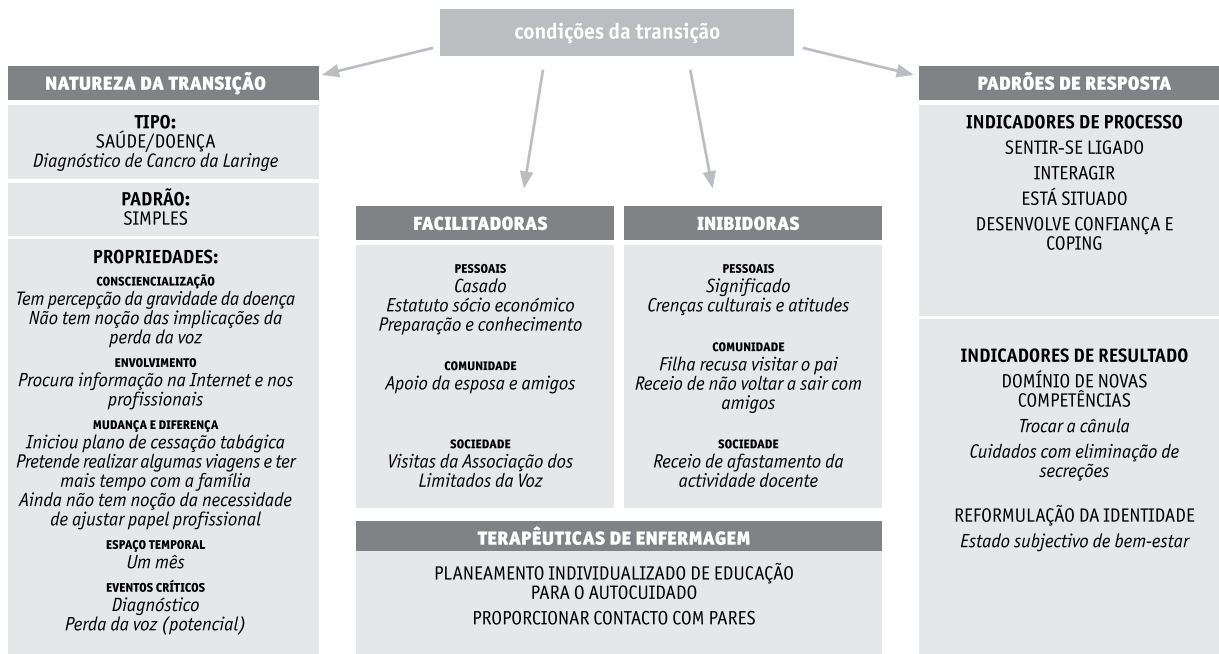
### **Natureza da transição**

Uma transição saúde/doença é caracterizada por mudança súbita de papéis resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, seja ela uma doença aguda ou crónica (Meleis, 2007 p. 470).

RJ encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença, encarada como uma transição simples. Da análise dos resultados dos estudos encontrados devemos ter em consideração que nestes doentes esta não é muitas vezes a única transição encontrada (Simple, et al., 2008 p. 87). Embora RJ ainda não tenha consciência de que a perda da voz lhe irá limitar a sua carreira profissional, uma vez que é professor, um estudo encontrado revela-nos que existem mudanças no estatuto social e laboral após o tratamento destes doentes (Liu, 2008). Este estudo revela que apenas 53% dos doentes que possuía emprego antes do diagnóstico se encontra empregado após o tratamento, e que cerca de 35% tiveram de mudar de emprego devido ao desconforto com a aparência (Liu, 2008 p. 1930). Este estudo realça igualmente que seis meses após trata-

## TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

*Experiência de um doente com cancro da Laringe*



**Figura 1:** Síntese de dados de RJ à luz da teoria das transições.

Adaptado de Schumacher, Jones, & Meleis, 1999, p.17.

mento de radioterapia os doentes ainda não tinham conseguido voltar ao seu nível de actividade anterior e que este tempo aumentava para os doze meses para doentes que também foram submetidos a quimioterapia (Liu, 2008 p. 1936). Ainda em relação a este tema, um outro estudo revela que esta dificuldade em voltar ao trabalho não se encontra apenas relacionada com a alteração da imagem corporal ou com uma debilidade induzida pela complexidade do tratamento, mas que se relaciona igualmente com a reapreciação e reestruturação dos objectivos de vida (Semple, et al., 2008 p. 89). Isto acontece com RJ, uma vez que ele nos refere que pretende deixar a actividade sindical e dedicar mais tempo à família.

A consciencialização da transição pressupõe a percepção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que lhe estão a ocorrer naquele momento (Meleis, et al., 2000 p. 18). Baseada em Sartre, Toombs (1993 p. 31) enumera quatro níveis de consciencialização ou significação da doença: a experiência pré-

reflexiva, a dor, a doença e o estado de doença. A experiência pré-reflexiva refere-se a uma manifestação da consciência de existência ou alienação do corpo, e é semelhante ao conceito de pré-transição (Chick, et al., 1986 p. 241). O cansaço, uma tosse persistente, o emagrecimento ou uma dor são inicialmente sentidos como uma limitação do nosso corpo porque condicionam a nossa existência, mas não são considerados imediatamente como uma doença ou como algo que vai despoletar uma transição. RJ durante três meses apresentou uma perda insidiosa de peso, que isoladamente não valorizou.

O segundo nível, a dor, refere-se à reflexão e apreensão da rouquidão, utilizando o nosso caso, enquanto objecto e não apenas como experiência. Na fase pré-reflexiva o sintoma é identificado com o corpo, enquanto quando é realizada uma reflexão acerca desse estado, o sintoma é interiorizado como objecto psíquico, e a pessoa tenta-lhe atribuir um sentido. Deste modo RJ associou a rouquidão a uma síndrome

gripal. No terceiro nível, a doença é identificada como uma doença objectiva e o doente associou, com corroboração do médico de família, a rouquidão a uma amigdalite. RJ referiu-nos que após a segunda consulta médica, e não sentido ainda melhoria dos sintomas, pensou se algo mais grave não se estaria a passar, porém *“nunca imaginei a palavra cancro”*.

O quarto nível refere-se à conceptualização médica da doença, isto é, quando é dada ao doente, por um profissional de saúde, uma interpretação para aquele sintoma. Como os sintomas se agravaram, RJ recorreu novamente ao médico e só nessa altura lhe foi comunicado um diagnóstico definitivo, um cancro da laringe. Deste modo, a experiência do corpo vivido tornou-se um foco de atenção na vida do doente. O corpo não pode ser ignorado e o seu bom funcionamento entendido como algo garantido. É nesta fase que se inicia a consciencialização, é quando o doente adquire noção da dimensão da mudança que lhe irá ser exigida, de modo a alcançar a estabilidade.

O envolvimento é uma outra propriedade da transição que RJ apresenta. Esta etapa é caracterizada pela profundidade com que a pessoa se envolve no processo de cuidados e de mudança (Meleis, et al., 2000 p. 19). Quanto maior a percepção da pessoa do que vai mudar maior vai ser o seu envolvimento no processo de transição, e isso é demonstrado pela procura de informação ou pela mudança activa de hábitos, por exemplo. RJ encontra-se internado desde o dia 25 de Dezembro, e manteve sempre consigo o seu computador portátil, que utilizou para procurar informação na internet; ao mesmo tempo confrontava os profissionais de saúde com a informação que ia encontrando, procurando validação.

RJ iniciou um plano de cessação tabágica com aplicação de selos de nicotina durante o internamento. Identificamos, desta forma, que RJ está a iniciar uma fase de mudança e diferença. Esta é uma fase essencial do processo de transição, porém nem *“todas as transições envolvem mudanças, ao passo que nem todas as mudanças são relativas a transições”* (Meleis, et al., 2000 p. 19). As dimensões da mudança necessitam de ser estudadas, nomeadamente a sua natureza, o tempo necessário para que ocorram, que percurso é

necessário fazer para que elas ocorram e a percepção do impacto das mudanças na vida pessoal, familiar e social (Kralik, et al., 2006 p. 323). Nesta pessoa e devido ao espaço temporal decorrido, esta etapa ainda se encontra em desenvolvimento, porém RJ refere-nos que espera aproveitar esta situação para estar mais próximo da família, abandonando alguns cargos que tinha a nível do sindicato dos professores. Notamos, contudo, que RJ não tem consciência das implicações que a perda da voz irá acarretar no seu futuro profissional, uma vez que conduzirá a mudanças mais profundas do que aquelas que ele agora nos refere. Essa é uma das dificuldades que estes doentes apresentam, isto é, a integração das diferenças no seu dia-a-dia. Semple, et al. (2008 p. 89), referem que essa dificuldade se repercute negativamente com perda da sensação de normalidade e controlo sobre a sua própria vida e aumentando a dependência perante os membros da família, nomeadamente para o autocuidado ou em termos financeiros.

Os eventos críticos definem-se como o acontecimento que determina a necessidade de ocorrer uma transição (Meleis, et al., 2000 p. 21). Para RJ esse evento foi o diagnóstico de cancro da laringe. Porém e pensando prospectivamente, consideramos que a perda da voz será um outro evento crítico potencial, uma vez que, como já afirmamos, esta pessoa ainda não tem consciência do impacte desta perda para a sua vida profissional e pessoal. Este confronto com a realidade irá acontecer após o regresso a casa ou ao local de trabalho.

### **Condições da transição**

As condições da transição referem-se à interpretação da experiência da transição, nomeadamente dos factores que a afectam, quer positivamente quer negativamente. Deste modo, é necessário conhecer as condições pessoais, da comunidade e da sociedade e perceber qual a sua posição e força no processo de transição.

O nosso doente é casado e com uma boa relação conjugal. Isto parece, segundo a leitura dos estudos, uma condição favorável à transição nestes doentes. Haisfield-Wolfe, et al. (2009 p. 113) realizaram uma

revisão de literatura para identificar a prevalência e a correlação da depressão em doentes oncológicos deste foro e notaram que a maioria dos estudos empíricos referem que as mulheres e as pessoas solteiras ou que moram sozinhas estão mais deprimidas. Num estudo realizado por Brink, et al. (2006, p. 401) é demonstrado que os doente sozinhos apresentavam menor qualidade de vida do que os outros, por ausência de uma rede social de apoio. Este facto deve obrigar a uma atenção especial por parte dos enfermeiros para com estas pessoas no domínio do ensino e do acompanhamento após a alta hospitalar.

Em relação às condições socioeconómicas, RJ tem um emprego estável e está inserido numa carreira profissional. Porém, e como já referimos atrás, a alteração do estatuto profissional é uma realidade para muitos destes doentes, bem como o risco de se tornarem dependentes financeiramente de familiares, o que corre para uma evolução desfavorável da transição. A literatura revela-nos igualmente que cerca de metade dos doentes tem uma situação financeira pior após a doença e que cerca de 58% dos doentes do estudo passaram para uma situação de reforma por doença (Nalbadian, et al., 2001 p. 338). Conhecendo o nosso sistema de segurança social, esta é provavelmente uma situação que RJ terá de enfrentar a curto prazo.

Para Meleis, et al. (2000 p. 22) preparação e conhecimento são facilitadores da transição. RJ procurou a informação que considerou pertinente no período que mediou entre o diagnóstico e a cirurgia e foi confrontando os profissionais com essa informação e com as dúvidas que lhe foram surgindo. Neste sentido, encontramos dois estudos que demonstram que o nível educacional influencia os resultados que estes doentes obtêm. Uma baixa escolaridade está associada a uma pior qualidade de vida, e segundo o mesmo estudo uma melhor educação significa uma melhor capacidade na procura de informação, de eficácia na compreensão da mesma, e que doentes melhor informados são doentes menos ansiosos e com um maior nível de auto-eficácia (Brink, et al., 2006 p. 402). No que diz respeito à relação entre nível educacional e depressão, o estudo de Haisfield-Wolfe, et al. (2009 p. 113) refere que os doentes com menor prevalência

de sintomas depressivos são os que têm mais de doze anos de escolaridade e os doentes com cursos superiores, que é o caso desta pessoa.

Para RJ, a esposa é o seu principal apoio, embora também possua uma rede alargada de amigos que tentam minimizar os momentos de solidão durante o internamento e que lhe trazem livros e jornais de acordo com o seu gosto pessoal. Como já referimos, uma rede social de apoio ausente aumenta o risco de aparecimento de sintomas depressivos (Haisfield-Wolfe, et al., 2009 p. 113), e diminui a qualidade de vida (Brink, et al., 2006).

Um dos aspectos referidos por RJ como positivos para a sua adaptação foi ter recebido a visita de um doente da Associação dos Limitados da Voz, o que vem corroborar um dos resultados por nós encontrados na revisão da literatura (Haisfield-Wolfe, et al., 2009 p. 113).

Porém, esta pessoa não possui apenas condições facilitadoras da transição. No âmbito das condições pessoais, a atribuição de significado ao evento crítico ou ao processo de transição constitui um dos momentos que pode ser facilitador ou inibidor da transição (Meleis, et al., 2000 p. 21). Independentemente da doença diagnosticada, a pessoa passa por um estado de disrupção do seu Eu, revelado por uma sensação de perda da sua integridade pessoal, de perda de certezas, de controlo e de liberdade de acção, bem como a perda de um mundo que lhe é familiar (Toombs, 1993 p. 90). Esta pessoa transporta consigo e para a situação de ruptura que a doença provoca ideias, conceitos prévios que irão influenciar a orientação e o resultado da transição. Este significado encontra-se, por vezes, diluído na narração da história da doença que a pessoa nos transmite. Esta narração espelha *“a voz do mundo vivido”* que é diferente da nossa perspectiva enquanto profissionais. Desta forma, Toombs (1993, p. 110) afirma que a narrativa do doente *“situa a doença no contexto particular da vida e, ao fazê-lo, revela significados inerentes à situação única de vida – significados que estão directamente relacionados com a experiência de doença daquela pessoa”*. RJ atribui um significado negativo ao diagnóstico de cancro, pois relaciona-o com a morte e com perda. Refere-nos que embora saiba

que o seu cancro está numa fase inicial é dessa doença que vai morrer e não acredita na possibilidade de cura. Existem vários estudos acerca da importância da esperança em doentes oncológicos, porém num estudo encontrado, realizado em mulheres portadoras de cancro da mama, a falta de esperança encontra-se directamente relacionada com o aparecimento de sintomas depressivos e com um pior prognóstico (Brothers, et al., 2009 p. 273).

Em relação às crenças culturais e atitudes, parece-nos que RJ tem alguns aspectos inibidores. Embora seja católico praticante e se apoie na fé para encontrar um sentido para a doença, considera que a sua situação actual resultou do seu comportamento, uma vez que nos afirma que sabia quais os malefícios do tabaco para a saúde, mas que nunca os valorizou.

RJ refere-nos uma alteração na sua auto-imagem que nos parece estar também relacionada com um outro factor inibidor, o facto da filha ainda não ter visitado o pai desde a cirurgia. Ele encontra-se ansioso com esse momento, e quando tentamos explorar esse aspecto desvia a conversa, mas afirma que *“Agora pareço muito mais velho...tenho pena que a minha filha e a minha esposa tenham de me ver assim...já não me reconheço”*. Este sintoma de ansiedade é vulgarmente encontrado na bibliografia, e está directamente relacionado com o impacto da alteração da imagem corporal no doente e nas pessoas significativas (Semple, et al., 2008 p. 88). Um outro estudo revela que devido ao facto de a zona da cabeça e pescoço ter um papel fundamental no reconhecimento identitário da pessoa, esta alteração da imagem corporal impõe um desafio directo ao sentido de Eu destes doentes, afectando a sua auto-imagem e auto-estima (Kobayashi, et al., 2008 p. 1307).

Outra condição inibidora da transição relaciona-se com a percepção que RJ tem de não poder voltar a sair com os amigos, uma vez que apresenta dificuldades na deglutição e um aumento do volume de secreções. Um estudo realizado na Grécia revelou que, para além dos problemas funcionais, 66% dos doentes referem que o seu maior problema é o aumento das secreções e que esse facto conduziu cerca de 30% dos doentes a diminuírem os seus contactos pessoais e 18% a relatarem problemas no relacionamento com

familiares e amigos (Nalbadian, et al., 2001 p. 337). Semple, et al. (2008 p. 88) referem que as alterações na ingestão de alimentos sólidos e líquidos têm um grande impacto na vida destas pessoas, e que essas dificuldades são agravadas quando elas são submetidas igualmente a radioterapia e quimioterapia. As principais dificuldades apontadas são a necessidade de alteração na consistência dos alimentos, um aumento do tempo da refeição devido à dificuldade em engolir e uma alteração no olfacto, paladar e na mastigação.

Estando a vocalização comprometida, existe uma dificuldade para esta pessoa em regressar ao seu anterior estatuto laboral, que era leccionar matemática, como já afirmamos. Este facto agrava-se uma vez que existe na escola onde RJ trabalha uma política de afastamento de doentes com cancro do contacto com os alunos. RJ comenta que tem conhecimento de uma colega com cancro da mama que foi afastada das funções docentes e colocada em funções administrativas, e receia que o mesmo lhe aconteça, uma vez que está doente com cancro. Porém, e como já atrás referimos, não é a doença que o impedirá de retomar a sua actividade prévia, mas antes a perda da voz. Consideramos que, entendendo a doença como um impedimento ao regresso ao seu local de trabalho, este é factor inibidor da transição no que concerne aos condicionantes da sociedade. Porém, para manterem um sentido de normalidade, algumas pessoas precisam de voltar a exercer a sua profissão normalmente (Liu, 2008 p. 1936), pelo que a reabilitação precoce da voz quando possível, através da colocação de uma prótese fonatória ou do treino da voz esofágica, e a minimização do impacto dos tratamentos são factores que favorecem um regresso à normalidade.

### **Padrões de resposta**

Existem aspectos comuns entre as pessoas em transição que permitem avaliar a sua resposta ao processo de transição e que possibilitam a identificação de *“padrões de resposta às transições”* (Meleis, et al., 2000 p. 24). Estes padrões são monitorizados recorrendo a indicadores que devem transmitir os *“conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos”* (Meleis, et al., 2000 p. 26).

Na teoria das transições são identificados dois tipos de indicadores: os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Os primeiros avaliam a forma como a transição está a decorrer e dão-nos informações que permitem identificar factores de risco na transição e orientar o doente na obtenção de um resultado positivo. Os segundos indicam-nos o modo como o doente integrou a transição na sua vivência, isto é, de que modo integrou a mudança na sua vida e alcançou a sua estabilidade (Meleis, et al., 2000 p. 26).

Identificamos como indicadores de processo no nosso doente: sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e coping. RJ está envolvido activamente no plano de ensino para o autocuidado e encontra-se empenhado em aprender capacidades que lhe permitam trocar a cânula. Isto é importante porque ele refere-nos que a sua esposa é a cuidadora informal da sogra, e sente que a sua situação pode acarretar mais uma “*carga de trabalho*” para ela. Do mesmo modo questiona-nos acerca das possíveis complicações e dos sinais e sintomas a que deve estar atento, o que nos indica que ele está situado no processo de aprendizagem. RJ procura informação junto dos profissionais e na internet, levantando dúvidas e prevendo problemas. Compara o tipo de dieta anterior com o actual, mas percebe a necessidade de alteração do padrão de alimentação de forma positiva.

Em relação ao desenvolvimento de confiança e coping, ainda não conseguimos avaliar este indicador nesta pessoa. Ele tem noção de que este é apenas o início de um longo período de tratamentos, porém o facto de já conseguir mudar a cânula de traqueostomia e de escolher a melhor consistência dos alimentos foi considerado por ele como algo significativo.

Em relação aos indicadores de resultado, é procurado o domínio de novas competências, nomeadamente dirigidas ao autocuidado, adquirindo mestria para trocar a cânula de traqueostomia, resolver complicações, e identificar precocemente os seus sinais e sintomas, bem como para ser eficaz na eliminação das secreções. Deste modo, pretende-se que a doença não seja um foco de atenção principal da sua vida, mas algo que faz parte da sua situação, obtendo um estado subjectivo de bem-estar. Tendo em consideração o

tempo que RJ está a viver esta transição, estes indicadores ainda não se puderam avaliar ou alcançar.

### Terapêuticas de Enfermagem

Sendo a razão de ser da Enfermagem o cuidado às pessoas, as terapêuticas de Enfermagem “*permitem que os Enfermeiros seleccionem as acções mais proveitosas e os tempos de intervenção óptimos para alcançarem a desejável manutenção ou promoção da saúde*” (Chick, et al., 1986 p. 244).

De acordo com a literatura disponível sobre esta temática, escolhemos como terapêuticas de Enfermagem o planeamento individualizado de educação para o autocuidado e o favorecimento do contacto com pares, nomeadamente com a Associação dos Limitados da Voz. Estas intervenções foram escolhidas perante o significado e as crenças que RJ possuía em relação à doença, permitindo que ele percebesse que existem pessoas adaptadas a viverem com uma laringectomia total, que a perda da voz é uma limitação, mas com possibilidade de reabilitação.

A elaboração de um plano individualizado para o autocuidado nesta pessoa é importante e corroborado pelo estudo de Brink, et al. (2006 p. 401). Estes autores salientam alguns aspectos importantes, e que devem contribuir para uma melhoria da qualidade das nossas intervenções. Um dos aspectos prende-se com os programas de reabilitação, que estes autores entendem que devem ser baseados no tipo de cirurgia praticada. Outro aspecto que nos parece relacionado com este prende-se com o facto dos doentes estudados por estes autores, aos três meses após a cirurgia, sentirem que no regresso a casa existe um vazio de apoio social e de informação. Deste modo, os autores sugerem um acompanhamento próximo destas pessoas no regresso a casa, seja por profissionais de saúde do hospital, seja pelos profissionais da comunidade.

### CONCLUSÃO

A teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis permite-nos operacionalizar os conceitos desenvolvidos por ela à circunstância específica da pessoa que está a viver uma transição. Porém, devemos salientar que existe uma distância entre a representação



da doença para a pessoa e a representação da doença para o profissional de saúde. Notamos que há uma distinção fundamental entre a experiência de doença enquanto vivida (*ilness*) e a sua conceptualização enquanto estado (*disease*). Isto acontece porque a pessoa possui uma experiência da doença baseada no vivido e o profissional de saúde baseia o seu conceito de doença numa fundamentação teórica (Toombs, 1993, p. 31). No cuidado à pessoa o profissional apoia-se no seu treino científico, focando a sua atenção no processo da doença propriamente dito, de modo que os dados clínicos assumem a maior relevância. Para a pessoa, o mais importante é saber de que modo a doença irá afectar a sua vida diária. A vantagem da teoria das transições de Meleis é que nos permite encurtar a distância entre estas duas visões tão diferentes do universo da doença, e principalmente permite focar a nossa atenção no doente enquanto pessoa e não enquanto objecto dos nossos cuidados, dando-lhe voz e poder de decisão.

Porém, ainda não existem muitos estudos realizados sobre a aplicação desta teoria em diferentes populações. Deste modo, foi necessário recorrer a estudos sobre qualidade de vida, ou sobre a incidência de sintomas depressivos em pessoas com cancro da cabeça/pescoço, para tentar perceber o padrão de adaptação à doença. Só desta forma foi possível perceber se RJ se encontrava a vivenciar a transição de forma positiva, alcançando o bem-estar e a mestria, ou se estava a vivenciar a transição de forma negativa e desta forma a colocar-se numa posição mais vulnerável.

Uma dificuldade com que nos deparamos foi encontrar estudos sobre qualidade de vida que especificamente nos referissem as dificuldade vividas por estas pessoas, nomeadamente em discurso directo. Os estudos sobre qualidade de vida utilizam escalas com diferentes dimensões, e que nos indicam em cada dimensão um valor ou uma quantidade. Porém, em cada dimensão não é descrita a dificuldade específica sentida por aquela pessoa, sendo que grande parte destes estudos chegam a percentagens e não a descrições de fenómenos.

A elaboração deste trabalho permitiu alertar-nos para diferentes aspectos a que devemos estar atentos no contacto diário com estas pessoas, bem como algumas pistas para desenvolver investigação, nomeadamente sobre estratégias de ensino e educação, bem como para o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento das pessoas mais vulneráveis.

#### BIBLIOGRAFIA

- Brink, J., et al. Quality of Life during the First 3 Months Following Discharge after Surgery for Head and Neck Cancer: Prospective Evaluation. *The Journal of Otolaryngology*. 2006, Vol. 35, 6, pp. 395-403.
- Brothers, B. e Andersen, B. Hopelessness as a Predictor of Depressive Symptoms for Breast Cancer Patients Coping with Recurrence. *Psycho-Oncology*. 2009, Vol. 18, pp. 267-275.
- Carr, E. Head and Neck Malignancies. [autor do livro] C. H. Yarbro, M.H. Frogge e M. Goodman. *Cancer Nursing Principles and Practice*. 6ª Edição. Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 2005, pp. 1294-1329.
- Chick, N. e Meleis, A.I. Transitions: a nursing concern. [ed.] P.L. Chinn. *Nursing research methodology*. Boulder, CO : Aspen publication, 1986, pp. 237-257.
- Eakin, R. Câncer de cabeça e pescoço. [autor do livro] R.A.J. Spence e P.G. Johnston. *Oncologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001, pp. 139-150.
- Haisfield-Wolfe, M., et al. Prevalence and Correlates of Depression Among Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review of Implications for Research. *Oncology Nursing Forum*. 2009, Vol. 36, 3, pp. 107-125.
- IPO. RORENO. Registo Oncológico Regional Norte. [Online] 2005. [Citação: 20 de Janeiro de 2010.] [www.ipoporto.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C2A78C3F-1009-4F29-B970-2D1A69F40DCE/15264/Roreno\\_05.pdf](http://www.ipoporto.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C2A78C3F-1009-4F29-B970-2D1A69F40DCE/15264/Roreno_05.pdf).
- Jennings, R.L. e Harris, L.L. Cancers of Head and Neck. [autor do livro] R.A. Gates e R.M. Fink. *Oncology Nursing Secrets. Questions and Answers About Caring for Patients with Cancer*. 2ª Edição. Philadelphia : Hanley & Belfus, 2001, pp. 251-262.
- Kobayashi, M., et al. Association Between Self-Esteem And Depression Among Patients With Head And Neck Cancer: A Pilot Study. *Head and Neck*. 2008, Vol. 30, pp. 1303-1309.
- Kralic, D., Visentin, K. e Van Loon, A. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 55, 3, pp. 320-329.
- Liu, E.H. Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumour patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, Vol. 17, pp. 1930-1938.
- Meleis, A.I. *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 4th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Meleis, A.I., et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, Vol. 23, 1, pp. 12-28.
- Nalbadian, M., Nikolaidis, V. e Themelis, C. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *European Archives of Otorhinolaryngology*. 2001, Vol. 258, pp. 336-340.
- Schumacher, K.L., Jones, P.S. e Meleis, A.I. Helping Elderly Persons in Transition: a Framework for Research and Practice. [autor do livro] T. Tripp-Reiner (Eds.) E. A. Swanson. *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals*. New York : Springer, 1999, pp. 1-26.
- Semple, C., et al. Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head neck cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, Vol. 63, 1, pp. 85-93.
- Toombs, S.K. *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht/ Boston/London : Kluwer Academic Publishers, 1993.