

Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço*

Occupational roles of people with head and neck cancer

Bianca Maciel Barrozo¹, Hilton Marcos Alves Ricz², Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo³

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p255-263>

Barrozo BM, Ricz HMA, De Carlo MMRP. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 set./dez.;25(3):255-263.

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer de cabeça e pescoço tem elevada incidência e alta mortalidade e seu diagnóstico e tratamento influenciam a vida ocupacional da pessoa doente e de seus familiares. **OBJETIVO:** conhecer a configuração dos papéis ocupacionais de pessoas com este tipo de câncer, submetidas a laringectomia total ou parcial. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, exploratório e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética (Proc. nº 1102/2010). Foi utilizado o protocolo “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais”, validada no Brasil; os dados quantitativos foram analisados pelo teste do Qui quadrado. Dados qualitativos complementares foram coletados por entrevista aberta e analisados pelo método de análise de conteúdo temático. **CASUÍSTICA:** Grupo de estudo com 30 pessoas atendidas pela Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP), sendo 15 da enfermaria, no pós-cirúrgico imediato, e 15 do Ambulatório, (no mínimo um ano após a cirurgia). Grupo-controle composto por 30 pessoas sem diagnóstico de câncer. Foram selecionadas 3 do ambulatório (20% do grupo de estudo) para as entrevistas. **RESULTADOS:** Demonstrou-se que ocorreram mudanças ou perdas de papéis ocupacionais, principalmente do papel de trabalhador. **CONCLUSÃO:** As consequências psicossociais e ocupacionais do câncer de cabeça e pescoço devem ser consideradas e cuidadas para um melhor e mais eficaz tratamento prestado a essa população.

DESCRITORES: Oncologia; Papéis Ocupacionais; Qualidade de Vida; Terapia Ocupacional.

Barrozo BM, Ricz HMA, De Carlo MMRP. Occupational roles of people with head and neck cancer. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 set./dez.;25(3):255-263.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The head and neck cancer has a high incidence and high mortality and its diagnosis and treatment influence the occupational life of the diseased person and their family. **OBJECTIVE:** To know the configuration of the occupational roles of people with this type of cancer, undergoing total or partial laryngectomy. **METHODS:** A quantitative, exploratory cross-sectional study approved by the Ethics Committee (Proc. No. 1102/2010). We used the protocol “List of Identification of Occupational Roles”, validated in Brazil; quantitative data were analyzed by chi-square test. Additional qualitative data were collected through open interviews and analyzed by the method of content analysis. **PATIENTS:** Study group with 30 persons served by Head and Neck Surgery (CCP), with 15 ward in the immediate post-surgical, outpatient and 15, (at least one year after surgery). Control group consisting of 30 people without cancer. Were selected from the outpatient clinic 3 (20% of the study group) for interviews. **RESULTS:** It was demonstrated that there were changes or loss of occupational roles, especially the role of worker. **CONCLUSION:** The psychosocial and occupational consequences of head and neck cancer should be considered and cared for better and more effective treatment provided to this population.

KEY WORDS: Oncology; Occupational Roles; Quality of Life; Occupational Therapy.

* Pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação de Terapia Ocupacional pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Apresentação do trabalho em eventos: 18º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (SIICUSP). Ribeirão Preto, 2010. 20º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (SIICUSP). Ribeirão Preto, 2012. 1º Simpósio de fisioterapia, terapia ocupacional e interdisciplinaridade, em comemoração aos 10 anos dos curso de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto- FMRP/USP. Ribeirão Preto, 012.

¹ Terapeuta Ocupacional graduada pelo Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mestranda pela Universidade Estadual de Campinas. E-mail: biancamb@hotmail.com

² Professor Doutor do ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: hricz@fmrp.usp.br

³ Professora Doutora do Curso de Terapia Ocupacional, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: marysia@fmrp.usp.br

Endereço para correspondência: R: Maestro Luiz de Túlio, 511. Bl. E, Ap. 33. Vila Brandina, Campinas-SP. Cep: 13092-558

INTRODUÇÃO

Dentre todas as mortes ocorridas no mundo em 2005, cerca de 13% foram causadas por câncer, sendo que mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda¹. No Brasil, a expectativa era de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer para o ano de 2012, válida também para o ano de 2013².

O câncer de cabeça e pescoço tem uma elevada incidência e alta mortalidade. No Brasil, estima-se que são 13 mil novos casos anuais e mais de 3 mil mortes dele decorrentes. Esses números são os maiores da América Latina, sendo que a cidade de São Paulo atinge o maior número dentro de todas as Américas. No Brasil, o diagnóstico é geralmente tardio em relação aos países desenvolvidos².

As condições de adoecimento e hospitalização levam a mudanças importantes na vida ocupacional de pessoas com diagnóstico de câncer e de suas famílias, particularmente porque, culturalmente, está ainda muito associado com a possibilidade da morte.

O papel ocupacional é de extrema relevância para o sujeito, é sua identidade, o que define suas atividades diárias e suas interações interpessoais e com o ambiente. Quando a pessoa internaliza papéis, as obrigações decorrentes destes começam a ter sentido na vida desse indivíduo e este reconhece que deve seguir determinado comportamento que o papel internalizado exige. A sociedade espera e exige que esse comportamento seja efetivado. O domínio e o sucesso nos papéis ocupacionais é extremamente valorizado pela sociedade e conseqüentemente, traz para esse sujeito, sua autovalorização. Quando há alteração de papéis de forma abrupta ou sem a vontade própria do sujeito, podem ocorrer adoecimentos, baixa autoestima, perda da identidade e da rotina, prejuízo na qualidade de vida, etc³.

A qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações no seu contexto cultural e dos sistemas de valores do seu cotidiano. Na qualidade de vida são incluídos fatores como o estado físico, capacidade funcional, interação social, função cognitiva e estado emocional⁴.

A ocorrência do câncer de cabeça e pescoço e seu tratamento frequentemente afetam a qualidade de vida da pessoa, principalmente devido às alterações na capacidade funcional (comunicação e alimentação), do estado emocional e da aparência. Estas alterações levam à necessidade de adaptações no dia-a-dia das pessoas, conforme o que for mais significativo para cada indivíduo.

Alterações em graus variados de gravidade ocorrem principalmente na pessoa com tumores avançados. Estes casos que, muitas vezes, precisam de cirurgias com ou sem radioterapia, se encontram, em sua grande maioria, nos países em desenvolvimento.

Um estudo elaborado para analisar a qualidade de vida de pessoas que realizaram diferentes tratamentos para câncer de cabeça e pescoço constatou que pessoas que realizaram tratamento cirúrgico se encontravam insatisfeitos com os resultados e com baixa qualidade de vida. Alguns indivíduos priorizaram a qualidade de vida e não o tempo de sobrevida. Esse mesmo estudo investigou voluntários saudáveis que necessitavam de sua voz para realizarem seu trabalho. Aproximadamente 20% destes, visando manterem suas vozes, escolheriam ser tratados com radioterapia ao invés da laringectomia, mesmo sabendo que o tratamento cirúrgico aumenta a chance de cura⁵. Ainda que o tratamento cirúrgico seja considerado curativo, sua realização pode provocar a diminuição da qualidade de vida.

Pesquisa elaborada sobre pacientes que realizaram laringectomia parcial ou total e sua qualidade de vida indicou que 21% das pessoas submetidas à laringectomia total relataram grandes dificuldades financeiras após o tratamento; este percentual poderia ter sido maior, exceto pelo fato de que 60% das pessoas tiveram seu próprio negócio e voltaram ao trabalho após o término do tratamento. Concluiu também que o grupo de pessoas com câncer de cabeça e pescoço que realizou laringectomia total teve piores resultados relacionados à qualidade de vida, quando comparado ao que realizou laringectomia parcial ou outros tipos de tratamento. Esse fato deve-se pela ocorrência de mudanças definitivas na respiração, sendo permanente a traqueostomia e ausente a comunicação laríngea e pelos aspectos sociais, já que se apresentam uma dificuldade de comunicação⁶.

Compreende-se que processo de saúde-doença compromete grandemente o funcionamento social destas pessoas, pelo dano à comunicação oral e, conseqüentemente, todos os papéis ocupacionais que se relacionam com esta habilidade. Os papéis ocupacionais são valorizados ao longo da vida e se relacionam com o anseio pessoal e com os contextos, conforme a importância conferida pela pessoa e seu grupo social.

Como as pessoas com câncer de cabeça e pescoço enfrentam inúmeras dificuldades após o tratamento, entre elas, na comunicação, na alimentação, no estado emocional e na aparência, eles têm alto risco de não conseguir exercer seus papéis ocupacionais, como o de trabalhador. Ocorre alta taxa de incapacidade para o trabalho, já que a comunicação pode ficar mais restrita e a alteração na

aparência e cuidados específicos podem dificultar nova aquisição de emprego, o que leva à diminuição substancial da renda familiar e grandes dificuldades socioeconômicas para si e para a família, afetando a qualidade de vida⁷.

O “Modelo de Ocupação Humana” e os papéis ocupacionais

O “Modelo da Ocupação Humana (MOH)” é um marco teórico de referência da Terapia Ocupacional e fundamenta esse trabalho. Considera que os homens possuem uma natureza ocupacional e que agravos à saúde podem levar a uma disfunção ocupacional. Assim, a ocupação é um meio apropriado para reabilitar uma função, habilidade ou competência e pode ser usada como recurso terapêutico, pois requerem o uso do corpo e da mente em contextos socialmente importantes e significativos ao homem⁸.

Os papéis ocupacionais são desempenhados todos os dias e influenciam a forma como a pessoa se comporta e como estrutura sua rotina diária. Os papéis ocupacionais não requerem somente ações habilidosas, mas são também influenciados por aspectos socioculturais, que definem quando, como, com quem, a frequência e em quais contextos os papéis são realizados⁸.

A mudança nos papéis ocupacionais é um processo complexo, que envolve a modificação dos hábitos e das habilidades de desempenho para um novo padrão de vida cotidiana. Pode ocorrer naturalmente (como ocorre na mudança do papel de estudante para o de trabalhador, de acordo com as mudanças dos ciclos de vida) ou como consequência de condições clínicas incapacitantes. Essa modificação em decorrência do adoecimento tem sido pesquisada e aplicada na prática clínica da Terapia Ocupacional, auxiliando no necessário processo adaptativo ou de ajustamento psicossocial, de forma que a pessoa possa exercer sua autonomia e alcançar sua independência na vida ocupacional⁸.

Tanto o adoecimento quanto o tratamento podem gerar alterações nos papéis ocupacionais. Estudo sobre os papéis ocupacionais de pessoas com anorexia nervosa apontou uma modificação significativa após o adoecimento, com perdas nos papéis de trabalhador, amigo, voluntário e passatempo/amador⁹. Outro estudo apontou que pessoas com câncer de colo retal, tratadas através da quimioterapia, sofreram grandes mudanças (estatisticamente significativas) no desempenho de seus papéis ocupacionais

Organizações, com diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o controle,

concluiu-se que após a fase mais aguda do transplante, as pessoas transplantadas de medula óssea puderam experimentar um processo adaptativo ou de ajustamento psicossocial, reconstruindo sua rotina ou retomando seus papéis significativos¹¹.

Considerando as pessoas com lesão medular, pôde-se observar que houve perdas dos papéis ocupacionais, principalmente sociais, do passado para o presente, no entanto, elas demonstraram desejo de retomada ou maior realização no futuro, apontando uma grande importância da reabilitação para favorecer a retomada e a inclusão social dessas pessoas¹². Outro estudo, realizado na Filadélfia com pessoas com lesão medular, apontou que entre as 21 pessoas estudadas, 25% continuaram com seus papéis ocupacionais e 42% aumentaram a realização destes após a reabilitação em Terapia Ocupacional¹³.

Esta pesquisa atual está voltada para a investigação da configuração dos papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Sua hipótese fundamental é que pessoas submetidas ao tratamento cirúrgico de laringectomia, seja parcial ou total, têm seus papéis ocupacionais alterados, sendo que alguns deles, exercidos antes do adoecimento e do procedimento cirúrgico, não poderão ser retomados, mesmo que tardiamente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório, quantitativo e transversal, realizado através da aplicação do protocolo “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais”, adaptado culturalmente e validado no Brasil^{14,15}. Este protocolo segue os princípios do Modelo da Ocupação Humana e avalia a percepção do indivíduo sobre sua participação ao longo do tempo (passado, presente e futuro) nos principais papéis ocupacionais que organizam a vida cotidiana (estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações) e identifica o grau de importância que o sujeito atribui a cada papel ocupacional ao classificá-los segundo o grau de importância atribuído, através da seguinte escala: muito importantes, com alguma importância e com nenhuma importância. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) (processo CEP nº 1102/2010). A coleta de dados na enfermaria foi realizada no período de junho a novembro de 2010 e no ambulatório foi de maio a setembro de 2011.

O grupo de estudo foi composto por 30 pessoas atendidas pela clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP); o grupo 1 (GE1) teve 15 delas selecionadas na

enfermaria (na fase de pós-cirúrgico imediato, para ressecção do tumor) e o grupo 2 (GE 2) foi formado por outras 15 pessoas, selecionadas no ambulatório da mesma clínica (com, no mínimo, 1 ano após a cirurgia), que se submeteram ou não à radioterapia e quimioterapia adjuvante, como complemento do tratamento. O grupo-controle foi composto por 30 pessoas da população em geral (sem diagnóstico de câncer), pareados com os sujeitos do grupo experimental segundo idade, sexo e escolaridade.

Foram incluídas as pessoas que satisfaziam os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que tiveram diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (Carcinoma de Células Escamosas de laringe, faringe e boca) e que responderam integralmente o protocolo. Foram excluídos os menores de dezoito anos, que não apresentavam condições clínicas e/ou cognitivas que possibilitassem a correta compreensão e resposta do instrumento “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais” e do questionário semiestruturado, e os que não responderam todo o protocolo.

Para coleta de dados qualitativos, que complementam a análise dos dados quantitativos, foram realizadas

entrevistas baseadas em questionário semiestruturado, com 3 pessoas (20%) do grupo 2, ou seja, com uma frequência de 1 a cada 5 pessoas que responderam as questões do protocolo. Essas entrevistas foram realizadas apenas com os sujeitos atendidos no ambulatório que, por estarem numa fase mais avançada do tratamento (a partir de 1 ano após a cirurgia), percebem mais claramente as modificações de seus papéis ocupacionais e do seu cotidiano, em comparação com as pessoas que vivenciam a fase pós-cirúrgica imediata (durante a internação hospitalar).

Os dados quantitativos foram analisados pelo teste do Qui quadrado (χ^2) ou teste exato do χ^2 , sendo adotado o nível significância $p\text{ value} \leq 0,05^{16,17}$. Os dados qualitativos complementares foram analisados pelo método de análise de conteúdo temático.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados a seguir os resultados do estudo baseados nos dados coletados na Enfermaria e Ambulatório do HCFMRP-USP e com os participantes do Grupo-controle.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos da população total avaliada, (Ribeirão Preto, São Paulo, 2011)

		GC	GE1	GE2
		N (%)	N (%)	N (%)
Sexo	Masculino	26 (87)	15 (100)	11 (73)
	Feminino	4 (13)	0 (0)	4 (27)
	Total	30 (100)	15 (100)	15 (100)
Estado civil	Solteiro	3 (10)	3 (20)	2 (13)
	Casado	22 (73)	8 (53)	12 (80)
	Divorciado	5 (17)	3 (20)	1 (07)
	Viúvo	0 (0)	1 (07)	0 (0)
	Total	30 (100)	15 (100)	15 (100)
Ocupação	Ativo	21 (70)	9 (60)	4 (27)
	Inativo	9 (30)	6 (40)	11 (73)
	Total	30 (100)	15 (100)	15 (100)
Idade	Média (anos)	60	63	58
Escolaridade	Média (anos)	06	05	05

(GC) – Grupo controle

(GE1) - pessoas internados na enfermaria, no pós-operatório imediato;

(GE 2) - pessoas atendidos no ambulatório, com mínimo, 1 ano após a cirurgia.

Os resultados apontam que a maioria dos sujeitos é do sexo masculino, dados que são corroborados pela literatura. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de cabeça e pescoço (CCP) é mais frequente no

sexo masculino com uma proporção de 5:1 a 6,8:1. Nesta pesquisa, unindo a população masculina dos grupos 1 e 2 (enfermaria e ambulatório), têm-se a proporção de 6,5:1.

A maioria das pessoas é casada, com média de

idade ente 58 e 63 anos e com média de escolaridade de 5 anos. Com relação à ocupação, a maioria das pessoas do grupo controle e das pessoas internados na enfermaria, no pós-operatório imediato, está ativa, ainda que alguns dos entrevistados (do GE1) encontrem-se provisoriamente afastados do trabalho devido ao tratamento. Porém, dentre as pessoas selecionadas no ambulatório, a maioria se encontra inativa. Constata-se que há diferença

estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,02$). O percentual de ativos do grupo-controle é significativamente superior ao percentual em grupo de estudo 2 (pessoas do ambulatório).

Serão apresentados, na tabela 2, a seguir, os papéis ocupacionais que apresentaram diferenças estatisticamente significativas, de acordo com os tempos de passado, presente e futuro.

Tabela 2 - Distribuição dos papéis ocupacionais de trabalhador, de voluntário e de cuidador (Ribeirão Preto, São Paulo, 2011)

		GC		GE1		GE2		Total		P-Valor	
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Papel de trabalhador	PRESENTE	Não	9	30	6	40	11	73,3	26	43,3	0,02*
		Sim	21	70	9	60	4	26,7	34	56,7	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
	FUTURO	Não	23	76,7	4	26,7	6	40	33	55	0,003*
		Sim	7	23,3	11	73,3	9	60	27	45	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
Papel de voluntário	PRESENTE	Não	18	60	10	66,7	4	26,7	32	53,3	0,05*
		Sim	12	40	5	33,3	11	73,3	28	46,7	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
	FUTURO	Não	14	46,7	8	53,3	2	13,3	24	40	0,05*
		Sim	16	53,3	7	46,7	13	86,7	36	60	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
Papel de cuidador	PRESENTE	Não	6	20	9	60	5	33,3	20	33,3	0,03*
		Sim	24	80	6	40	10	66,7	40	66,7	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
	FUTURO	Não	16	53,3	3	20	3	20	22	36,7	0,03*
		Sim	14	46,7	12	80	12	80	38	63,3	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
Papel de passatempo/ Amador	PASSADO	Não	10	33,3	1	6,7	1	6,7	12	20	0,04*
		Sim	20	66,7	14	93,3	14	93,3	48	80	
		Total	30	100	15	100	15	100	60	100	

(GC) – Grupo controle

(GE1) - pessoas internados na enfermaria, no pós-operatório imediato;

(GE 2) - pessoas atendidos no ambulatório, com mínimo, 1 ano após a cirurgia.

(*) resultados com diferença estatisticamente significativa entre os grupos

Assim, foram constatadas diferenças significativas entre os grupos para o papel de trabalhador, no presente e no futuro, sendo que esse papel ocupacional é significativamente superior no Grupo Controle (GC) em comparação ao GE2 (ambulatório) ($p=0,02$). Além disso, constatou-se que o percentual dos sujeitos dos grupos GE1(enfermaria) e

GE2 pretende exercer esse papel ocupacional no futuro é significativamente superior ao percentual do GC ($p= 0,003$).

Em relação ao papel ocupacional de voluntário, foram identificadas diferenças significativas entre os grupos para o papel de voluntário, no presente e no futuro, sendo que no presente esse papel ocupacional é significativamente

superior no GE2 em comparação ao Grupo Controle ($p=0,05$). Além disso, constatou-se o percentual dos sujeitos do GE2 que pretende realizar esse papel ocupacional no futuro é significativamente superior ao percentual do GE1 e GC ($p=0,05$).

Houve diferenças entre os grupos no papel de cuidador no presente e no futuro, sendo que o percentual dos que realizam esse papel ocupacional no GC no presente é significativamente superior ao percentual do GE1 ($p=0,03$). Além disso, constatou-se que o percentual dos que pretendem realizá-lo no futuro do GE1 e GE2 é significativamente superior ao percentual em GC ($p=0,03$).

Há diferenças significativas no papel de passatempo/amador no futuro entre os grupos, sendo que o percentual de quem pretende realizar esse papel ocupacional em GE1 e GE2

é significativamente superior ao percentual em GC ($p=0,04$).

Os dados referentes ao tempo passado indicam que apenas três papéis ocupacionais - o de estudante, de trabalhador e o de participantes de organizações - os sujeitos realizavam com maior frequência no passado, sendo os demais realizados com maior frequência no presente e/ou no futuro. A porcentagem do papel ocupacional de trabalhador foi caindo no decorrer do tempo e o papel ocupacional de membro familiar foi o que apresentou maior frequência no passado, presente e futuro.

Com relação ao grau de importância que cada sujeito confere a um determinado papel ocupacional, serão apresentados na tabela 3, a seguir, apenas os papéis ocupacionais que tiveram resultados estatisticamente significativos.

Tabela 3 - Distribuição do Grau de Importância do papel ocupacional de serviço doméstico, Religioso e Passatempo/Amador (Ribeirão Preto, São Paulo, 2011)

		GC		GE1		GE2		Total		P-Valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Papel de Serviço doméstico	Nenhuma importância	0	0	2	13,3	2	13,3	4	6,7	0,05*
	Alguma importância	15	50	7	46,7	2	13,3	24	40	
	Muita importância	15	50	6	40	11	73,3	32	53,3	
	Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
Papel de Religioso	Nenhuma importância	5	16,7	0	0	1	6,7	6	10	0,05*
	Alguma importância	7	23,3	1	6,7	0	0	8	13,3	
	Muita importância	18	60	14	93,3	14	93,3	46	76,7	
	Total	30	100	15	100	15	100	60	100	
Papel de Passatempo/Amador	Nenhuma importância	5	16,7	2	13,3	0	0	7	11,7	0,05*
	Alguma importância	12	40	1	6,7	1	6,7	14	23,3	
	Muita importância	13	43,3	12	80	14	93,3	39	65	
	Total	30	100	15	100	15	100	60	100	

(GC) – Grupo controle

(GE1) - pessoas internados na enfermaria, no pós-operatório imediato;

(GE 2) - pessoas atendidos no ambulatório, com mínimo, 1 ano após a cirurgia.

(*) resultados com diferença estatisticamente significativa entre os grupos

Os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos quanto ao grau de importância do papel ocupacional de serviço

doméstico, sendo que o percentual de muita importância em GE2 (pessoas atendidas no ambulatório) é bastante superior ao percentual dos outros grupos ($p=0,05$). Porém,

deve-se considerar que neste grupo há mais pessoas do sexo feminino, diferente da enfermaria que só há mais pessoas do sexo masculino.

O papel ocupacional de religioso teve também alta porcentagem de avaliação como sendo de muita importância, tanto pelos sujeitos da enfermaria como do ambulatório, se comparados com os sujeitos do grupo-controle. A execução deste papel pode ser considerada como um dos tipos de enfrentamento possíveis das situações de adoecimento; muitas vezes, as pessoas utilizam recursos de ordem religiosa para entender e lidar com a doença¹⁸.

Os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos quanto ao grau de importância do papel ocupacional de passatempo/amador, sendo que os percentuais de muita importância em GE1 e GE2 são significativamente superiores ao percentual em GC ($p=0,05$). Os sujeitos dos grupos 1 e 2 pretendem realizá-lo no futuro, com maior porcentagem quando comparado ao grupo-controle. Por ser um aspecto importante na qualidade de vida, o lazer ou passatempo também podem ser considerados como uma das estratégias de enfrentamento, assim como o de voluntariado. Visto também como uma forma de aproveitar a vida, este papel possui grande importância para os sujeitos que passaram pelo processo de adoecimento e hospitalização¹⁹.

Muitas das pessoas que passaram pela experiência do adoecimento, antes exerciam o papel de cuidador, sendo que após a hospitalização, tratamento e suas consequências, houve a transição de ser o cuidador a ser o cuidado, o que mostra uma alteração importante em mais um papel ocupacional. Essa mudança pode afetar a dinâmica familiar e as expectativas e sentimentos da pessoa²⁰.

Por fim, o papel ocupacional de voluntário teve aumento na intenção de realização no futuro maior do que a realização efetiva no passado e no presente. Esse comportamento pode ser compreendido pelo fato de que as pessoas que passaram por doenças, como o câncer, tendem a criar estratégias para se ajustarem às mudanças ocorridas. Uma possível estratégia é o voluntariado que, através do sentimento de solidariedade ao próximo, pode auxiliar no enfrentamento e trazer transformações concretas para a vida de algumas pessoas²¹.

De forma complementar à aplicação do protocolo, “Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais”, foram entrevistadas três (3) pessoas do Grupo 2, conforme explicado anteriormente, através da aplicação de um questionário semiestruturado (qualitativo). Esses dados apontaram que o papel ocupacional mais afetado após a cirurgia também foi o de trabalhador, sendo que todos se encontram inativos, aposentados ou afastados, realizando

apenas algum trabalho informal. Duas dessas entrevistadas manifestaram vontade de voltar a trabalhar formalmente:

“Ninguém mais quer dar emprego pra gente (...) não pode ser qualquer emprego, não pode fazer força, não pode ter poeira, nem produtos químicos, aí fica difícil, ninguém dá emprego...” (J.L.V., 61 anos, montador).

“Eu era professora (...) depois que fiz a cirurgia fui afastada do meu trabalho, já que este exigia comunicação essencialmente verbal. Além do sofrimento pela própria doença, ainda havia o sofrimento de eu não poder fazer mais aquilo que eu amava fazer que era dar aula.” (H.M.S.O., 68 anos, professora).

“Na verdade, o que eu sinto falta é de trabalhar. Desde que fiz a cirurgia, não posso mais trabalhar (...) isso faz muita falta.” (A.C.S., 63 anos, lavrador).

Ficou clara a perda ou mudança significativa na vida desses sujeitos com relação ao papel de trabalhador, sendo que, mesmo após anos da cirurgia, nenhum dos sujeitos entrevistados conseguiu retomar esse papel ocupacional.

Dentre as pessoas que estavam internadas na enfermaria no período pós-cirúrgico imediato, a maioria ainda se encontrava ativa nos seus papéis ocupacionais, pois ainda não tinham vivenciado o cotidiano modificado pelo adoecimento e hospitalização. O oposto ocorreu com a população do Ambulatório; com 1 ano ou mais após a cirurgia e por terem vivenciado mais modificações no seu cotidiano, pode-se observar que é menor o número de pessoas ativas e muitas delas não conseguiram retomar ou continuar seus papéis ocupacionais.

Portanto, é possível observar influências do processo de adoecimento, cirurgia e pós-cirúrgico nas configurações dos papéis ocupacionais. O adoecimento e a hospitalização influenciam a configuração dos papéis ocupacionais das pessoas, diminuem a participação ativa no cotidiano. Observa-se que os procedimentos cirúrgicos trazem consequências importantes para as pessoas com câncer de cabeça e pescoço, como perdas ou mudanças dos papéis ocupacionais, principalmente o de trabalhador, perda de voz, dificuldades na alimentação, deformidades, dentre outras²². Contudo, as ocupações cotidianas passam a sofrer alterações já no período pré-cirúrgico devido à hospitalização, bem como no período pós-cirúrgico, sendo que muitas delas não voltam a ser realizadas, ou passam a acontecer de maneira diferente.

O tratamento do câncer pode levar a perdas funcionais, dor crônica, mal estar, efeitos colaterais e alterações emocionais, impactando fortemente seu estado de saúde,

além de perdas de interesse em interagir socialmente, baixa autoestima, imagem corporal alterada, perda ou mudança do papel ocupacional, diminuição da qualidade de vida. O câncer é a doença, dentre todas as condições médicas crônicas, que mais traz insuficiência de trabalho e maior número de dias de trabalho comprometidos. A incapacidade para o trabalho pode ser ocasionada pela falta de condicionamento físico e fadiga, o que normalmente se desenvolve durante longos tratamentos e períodos de recuperação⁶.

Neste estudo constatou-se que o papel de trabalhador foi o mais afetado pelo adoecimento, cirurgia e pós-cirúrgico, ainda mais por ter sido considerado como de muita importância para as pessoas avaliadas. Houve, portanto, perda ou mudança significativa na vida dessas pessoas com relação ao trabalho e deve ser ressaltado que, mesmo após anos da cirurgia, nenhum dos sujeitos entrevistados conseguiu retomar seu papel de trabalhador. No Grupo-controle, a frequência de realização desse papel foi diminuindo com o tempo, devido à idade ou aposentadoria, não havendo ruptura abrupta no cotidiano.

Com relação à pretensão de retomar ou continuar esse papel ocupacional no futuro, é maior a porcentagem de sujeitos do grupo-controle que não pretende realizá-lo, quando comparado aos dois grupos de estudo (enfermaria e ambulatório). É possível que os sujeitos do grupo-controle visem a aposentadoria para o seu futuro, sendo que a vontade de trabalhar permanece somente para uma minoria deles. Já os sujeitos com elevado índice de pretensão em retomar esse papel, possivelmente, sentem necessidade/ vontade de voltar a exercê-lo, demonstrando que a alteração nesse papel representa grande perda na sua vida ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The world health report. 2006. 201p. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/en/>. Acesso em 15 Out 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
3. Breines E. Genesis da ocupação: um modelo filosófico para a terapia e a teoria. J Australiano Ter Ocup. 1990 Mar;37(1):45-9.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 105p.
5. Mcneil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal

CONCLUSÃO

Tendo por base as análises apresentadas, pode-se concluir que o papel de trabalhador é o mais afetado pelo câncer de cabeça e pescoço, seu tratamento e consequências. Foram observadas diversas demandas a serem trabalhadas com essa população, principalmente em relação ao papel ocupacional de trabalhador, visto que este foi a demanda mais significativa para os entrevistados.

A ressignificação desse papel, planejamentos, adaptações, estratégias diferenciadas de realizá-lo, auxílio na busca de um novo trabalho com significado para o sujeito, sendo este capaz de realizá-lo e orientações são possíveis atuações mais específicas com relação a esse papel.

O terapeuta ocupacional pode auxiliar a pessoa a reconstruir seus papéis, considerando uma condição que afeta as relações com a família, trabalho e amigos. Deve auxiliá-lo a diminuir os impactos e a sensação de perda causada pela própria doença, como pelos procedimentos ao longo do período de intervenção e suas consequências. Durante o período de internação, o terapeuta ocupacional deve auxiliar a pessoa e sua família no enfrentamento da doença, bem como deve considerar os aspectos sócio emocionais que tanto a pessoa como sua família poderão passar como, por exemplo, raiva, depressão, negação, dor, separação, problemas devido ao afastamento do trabalho e o retorno ao seu lar²³.

É preciso priorizar a qualidade de vida das pessoas com câncer, considerando-as em sua integralidade e na complexidade de sua vida ocupacional.

cancer. N Engl J Med. 1981; 305(17):982-7. DOI: 10.1056/NEJM198110223051704

6. Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. Clinics. 2005 Abr; 60(2): 135-142. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000200010>
7. Vartanian JG, Carvalho AL, Toyota J, Kowalski IS, Kowalski LP. Socioeconomic effects of and risk factors for disability in long-term survivors of head and neck cancer. Arch Otolaryngol: Head Neck Surg. 2006;132(1):32-5. doi:10.1001/archotol.132.1.32.
8. Kielhofner G, Burke J. Modelo da ocupação humana: parte I. Rev Ter Ocup USP. 1990;1(2):114-23.
9. Quiles-Cestari LM, Ribeiro RPP. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. Rev Lat Am Enfermagem.

- 2012 Abr; 20(2):1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200004>
10. Cologna PT. Papéis ocupacionais de pacientes com câncer colorretal submetidos à quimioterapia [monografia]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2010.
 11. Dias VN, Mastropietro AP, Cardoso EAO, De Carlo MMRP. Transplante de células-tronco hematopoéticas – um estudo controlado sobre papéis ocupacionais. Cad Ter Ocup UFSCar. 2012;20(2):165-71. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.016>
 12. Souza FDA, Cruz DMC, Ferrigno ISV, Tsukimoto GR, Figliolia CS. Correlação entre papéis ocupacionais e independência de usuários com lesão medular em processo de reabilitação. Mundo Saúde. 2013;37(2):166-75. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/5.pdf.
 13. Cohen ME, Schemm RL. Client-centered occupational therapy for individuals with spinal cord injury. Occup Ther Health Care. 2007; 21(3):1-15. doi: 10.1080/J003v21n03_01.
 14. Cordeiro JJR. Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil [dissertação de mestrado]. Santos (SP): UNIFESP; 2005. 58p.
 15. Cordeiro JJR, Camelier A, Oakley F, Jardim JR. Cross-cultural reproducibility of the brazilian portuguese version of the role checklist for persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Occup Ther. 2007 Jan/fev; 61(1): 33-40. doi:10.5014/ajot.61.1.33
 16. Chernoff H, Lehmann EL. The use of maximum likelihood estimates in χ^2 tests for goodness-of-fit. The Annals of Mathematical Statistics. 1954;25(3):579-86.
 17. Plackett RL. Karl Pearson and the chi-squared test. Int Statistical Rev. 1983 Abr; 51(1):59-72. DOI: 10.2307/1402731
 18. Paiva GJ. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. Estud Psicol. 2007Jan/mar;24(1):99-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100011>.
 19. Lago MC. Lazer e qualidade de vida. Pulsar. 2009;1(2):1-21.
 20. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad Saúde Pública. 2006 Ago;22(8):1629-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800011>
 21. Salci MA, Marconz SS. Após o câncer: uma nova maneira de viver a vida. Rev Rene. 2011 Abr/jun;12(2):374-83.
 22. Ronis DL, Duffy SA, Fowler KE, Khan MJ, Terrell JE. Changes in quality of life over 1 year in patients with head and neck cancer. Arch Otolaryngol: Head Neck Surg. 2008 Mar;134(3):241-8. doi: 10.1001/archoto.2007.43.
 23. Falcão RP, Pasquini R, Zago MA. Hematologia: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu; 2001.

Recebido para publicação: 06/09/2013

Aceito para publicação: 21/10/2014