



CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS DE CLIENTES COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS: AUTORRELATO ATRAVÉS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

NOSOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CLIENTS WITH CANCER IN PALLIATIVE
CARE: SELF-REPORT THROUGH THE NURSING APPOINTMENT

CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS DE CLIENTES CON CÁNCER EN CUIDADOS
PALIATIVOS: AUTORELATO A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Manoela Dias de Luca^I

Iraci dos Santos^{II}

Lina Marcia Miguéis Berardinelli^{III}

RESUMO: Este trabalho identificou as características nosológicas de clientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos. Método descritivo, através da consulta de enfermagem com 77 clientes do Instituto Nacional de Câncer, do Rio de Janeiro, no período de março a agosto de 2011. Entre os clientes, possuem lesão tumoral – 71,43%, inodora – 81,82%, predominando o estágio 0 em 28,57%, situado na cavidade oral – 24,69% e com metástase local – 40,26%. Quanto à capacidade para o autocuidado, a maioria se veste, se alimenta e se locomove sem auxílio e a minoria realiza seu curativo. Concluiu-se que esses clientes despertam atenção, têm problemas familiares e sociais e de autoimagem alterada por desenvolverem, com o avanço da doença, lesões tumorais expostas e com odor fétido. Essas pessoas utilizam dispositivos para alimentação e ventilação artificial, fato incomum no ambiente fora do hospital. Então, há necessidade da orientação de enfermagem sobre os cuidados em domicílio e fortalecimento da autoestima.

Palavras-chave: Enfermagem; autocuidado; neoplasias de cabeça e pescoço; cuidados paliativos.

ABSTRACT: This study identified nosological characteristics of clients with head and neck neoplasms in palliative treatment. The method was descriptive, through nursing appointments with 77 clients at the National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil, from March to August 2011. Of the clients, 71.43% had tumor lesions, 81.82% odorless, predominantly at stage 0 (28.57%), 24.69% in the oral cavity and 40.26% with local metastasis. As for self-care capacity, most dressed and fed themselves and moved around without assistance, and a minority applied their own dressings. In conclusion, these clients inspire care, have family and social issues, and altered self-image because, as the condition progresses, they develop exposed tumor lesions and foul odor. These individuals use feeding and artificial ventilation devices, which is uncommon outside the hospital environment. There is thus a need for nursing guidance on home care and to strengthen self-esteem.

Keywords: Nursing; self-care; head and neck neoplasms; palliative care.

RESUMEN: Este trabajo identificó las características nosológicas de clientes con cáncer de cabeza y cuello en cuidados paliativos. Investigación descriptiva, a través de la consulta de enfermería con 77 enfermos del Instituto Nacional de Câncer, de Rio de Janeiro-Brasil, de marzo a agosto de 2011. Entre los enfermos, poseen lesión tumoral – 71,43%, inodora – 81,82%, predominando la etapa 0 en 28,57%, situado en la cavidad oral 24,69% y con metástase local – 40,26%. Cuanto a la capacidad para el autocuidado, la mayoría se viste, se alimenta y se locomove sin ayuda y la minoría realiza su curativo. Se concluyó que esos enfermos despiertan atención, tienen problemas familiares y sociales y de autoimagen alterada. Eso es por que desarrollan, con el avance de la enfermedad, lesiones tumorales, que se quedan expuestas y con olor fétido. Esas personas utilizan dispositivos para alimentación y ventilación artificial, un hecho común en el ambiente fuera del hospital. Así, hay necesidad de la orientación de enfermería acerca de los cuidados en domicilio y fortalecimiento de la autoestima.

Palabras clave: Enfermería; autocuidado; neoplasias de cabeza y cuello; cuidados paliativos.

^IEnfermeira do Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, Brasil. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: manu_dias1984@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Brasil. Professora do Departamento Fundamentos de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Líder do Grupo de Pesquisa Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Concepções Teóricas para o Cuidar em Enfermagem. E-mail: iraci.s@terra.com.br

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Brasil. Coordenadora de Extensão Universitária. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Concepções Teóricas para o Cuidar em Enfermagem. E-mail: l.m.b@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Cuidar de pessoas com câncer de cabeça e pescoço, em tratamento ambulatorial para cuidados paliativos, exige competência, habilidades sociais, empatia e sensibilidade da equipe de saúde, principalmente de enfermagem, que permanece mais tempo com essa clientela. O enfermeiro, sendo profissional de referência para os cuidados e educação à saúde, percebe situações que podem comprometer a interação profissional/cliente, tais como as condições nosológicas que muitas vezes lhes causam sofrimento.

A identificação de tais situações é indispensável para a orientação de enfermagem, visando o autocuidado em domicílio, bem como a tomada de outras decisões, para enfrentamento destas, enquanto o cliente tem autonomia sobre o seu corpo. Portanto, reveste-se de importância a atuação da enfermeira como educadora¹.

Essas pessoas enfrentam dificuldades e limitações haja vista sua nova aparência física, podendo apresentar problemas de convivência social, por se transformar no foco do grupo de convivência. Assim, elas apresentam mudanças no cotidiano tais como: alterações nos hábitos alimentares, uso contínuo de medicamentos, necessidade de realizar curativo diariamente e necessidade contínua de um cuidador para auxiliá-las em suas limitações.

Além disso, vivenciam dificuldades devido à autoimagem e autoestima, e progressivamente, com a capacidade de autocuidado diminuída, passam a depender de terceiros. Tal fato pode gerar um sentimento de sobrecarga tanto do cliente, quanto do cuidador, que pode ser um familiar, ou profissional contratado pela família, sendo este fato desconfortável para ambos²⁻⁴.

Amplitude e relevância do tema

Foi estimado, pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) que, dentro do Estado do Rio de Janeiro, para o ano de 2010, na população masculina, a incidência de câncer localizado em cavidade oral totaliza 1.470 casos, sendo 720 casos de câncer localizado no esôfago. Enquanto na população feminina se encontra em torno de 480 casos para a cavidade oral e 270 com localização no esôfago⁵. Dessa população, muitas pessoas serão diagnosticadas na fase avançada da doença, diminuindo a probabilidade de cura, e então serão submetidas a modalidades de atendimentos, visando qualidade de vida e controle efetivo dos sintomas, caracterizando o que se denomina como cuidados paliativos⁶.

Com a evolução clínica da doença e o aumento no volume do tumor, muitas mudanças acontecem no corpo do cliente, tais como: da via de alimentação, do padrão respiratório, da autoimagem, e dependência de terceiros para realização de determinadas atividades. Nesse contexto, medidas alternativas são apresentadas pela equipe multiprofissional ao cliente e família, e

em conjunto elege-se o meio para enfrentamento dessas mudanças, sendo importante a consulta de enfermagem para orientação junto aos indivíduos e seus cuidadores sobre a convivência com as mudanças geradas pela doença e tratamento.

Relevância e contribuição do estudo

Consultou-se em bases de dados os estudos acerca da qualidade de vida de pessoas com câncer de cabeça e pescoço e cuidado de enfermagem nesta especialidade. Acessando o Portal Capes na base *Science Direct*, foram utilizados como descritores: *quality of life, head and neck cancer, nursing care*, qualidade de vida, câncer de cabeça e pescoço, cuidado de enfermagem. Foi critério de inclusão: artigo completo, disponível online, publicação em periódico qualificado, no período de 2000 a 2010, nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram encontrados nove artigos cujos resultados são sintetizados a seguir.

Estudo retrospectivo que avaliou o impacto da disfagia nos hábitos alimentares, *status* nutricional e qualidade de vida de 87 clientes. Constatando-se que a disfagia produz impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, sugeriu-se a detecção precoce desta alteração para favorecer a intervenção de saúde⁷. Foram avaliados os resultados dos fatores que interferem na qualidade de vida de 68 clientes com diagnóstico recente de câncer de cabeça e pescoço durante o tratamento. O estudo enfocou a relação entre a qualidade de vida (QV) e a perda de peso, propondo uma intervenção para promover a manutenção do peso corporal durante o tratamento⁸.

Estudou-se a efetividade da nutrição enteral no perioperatório de câncer de cabeça e pescoço e seu impacto na QV dos clientes. Conclui-se que a nutrição enteral promoveu acréscimo na QV em seis meses após a cirurgia⁹. Foi avaliado o efeito da xerostomia durante o tratamento com radioterapia, na QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço, concluindo que o efeito colateral da terapia provoca impacto negativo na QV, e que o uso da saliva artificial promove melhora deste efeito de forma significativa¹⁰.

Analisou-se o suporte nutricional e a QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço, usando dispositivo de gastrostomia para suporte nutricional, constatando-se não haver impacto positivo no indicador de QV pelo uso da gastrostomia e sim na manutenção do peso corporal. Verificou-se o efeito do cuidado de enfermagem no suporte clínico, na resolução dos problemas nutricionais, perda de peso e QV de pessoas com a patologia citada em tratamento radioterápico, constatando-se a eficácia da intervenção de enfermagem na resolução dos problemas nutricionais. Outro trabalho apresentou o efeito da terapia nutricional na QV e o último estudo tratou das diferenças étnicas no impacto da QV de clientes com câncer da cabeça e pescoço.

Buscou-se, também, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Banco de Teses e Dissertações e na Revista de Cancerologia, utilizando-se os descritores: qualidade de vida, enfermagem, câncer de cabeça e pescoço. Estabeleceu-se o critério de inclusão: idioma português, publicado no período 2000 a 2010, e trabalhos realizados na área de ciências biológicas, com autores brasileiros, visto que na busca anterior nenhum trabalho, realizado no Brasil, foi encontrado.

Através desta busca encontrou-se trabalho realizado, por enfermeiro, sobre as medidas de prevenção e tratamento de mucosite oral para os pacientes com câncer em tratamento radioterápico, concluindo-se ser este profissional capaz de promover a QV desses indivíduos através da educação e supervisão nos programas de cuidados orais para tratamento e prevenção desta complicação¹¹.

Observa-se que tais estudos não tratam diretamente da consulta de enfermagem e das características nosológicas dos clientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos, e que há escassez de literatura, principalmente brasileira, sobre tal assunto. Portanto, resolveu-se investigar sobre esta temática para subsidiar o ensino do autocuidado à clientela referida.

Assim, tem-se como objetivo identificar as características nosológicas dos clientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório para cuidados paliativos.

REFERENCIAL TEÓRICO

O foco do tratamento em cuidado paliativo não é a doença a ser curada ou controlada e sim o cliente, entendido como ser biográfico, ativo, com direito à informação, e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento, e busca da excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento¹².

É perfeitamente viável, e também se faz necessária a concomitância do tratamento paliativo e curativo, o que deve ser iniciado desde o diagnóstico. Apesar de que, nesta fase, não é necessária uma equipe especializada em cuidados paliativos. Entretanto, na medida em que a doença avança e se torna incurável, este tipo de cuidado vai tomando maior proporção e significância. Desse modo, uma equipe especializada deve tomar a frente do tratamento para que haja o controle eficaz dos sintomas, os quais têm origem biológica, psicológica, espiritual, social, afetiva, entre outros aspectos¹².

Nesse sentido, ressalta-se o trabalho de enfermagem, na perspectiva de cuidar da integralidade do ser/cliente, que privilegia o atendimento das suas necessidades humanas, considerando suas dimensões corporais. Do mesmo modo, sobreleva-se a orientação da enfermeira para o autocuidado, o qual pode conduzi-lo para sua autonomia, visto a necessidade de decidir sobre o tratamento e controle de sintomas^{1,13}. A competência

e a habilidade desta profissional se originam na luta dos seres humanos pela continuidade da vida, desde os primórdios da humanidade. Observando-se, na atualidade, o desenvolvimento da prática do cuidado destinada, inclusive, para a manutenção da vida com qualidade e respeito à sua finitude com dignidade^{13,14}.

Um conceito a ser superado é o de que o cliente está fora de possibilidades terapêuticas. Pois sempre há uma terapêutica que pode ser implementada, tendo em vista que o cliente com a doença avançada apresenta sintomas físicos que geram um intenso desconforto. Então, se faz necessário implantar uma terapêutica adequada para promover o alívio de tais sintomas^{12,14}.

A prática de cuidados paliativos visa o controle impecável dos sintomas (físicos, psicológicos, espirituais e sociais), e se estabelece como conduta regular: avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, não esperar que um doente se queixe, adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorar sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível¹².

Os sintomas devem ser avaliados regularmente por todos os membros da equipe e anotados de forma acessível por todos, e para isso algumas escalas foram criadas para avaliação dos sintomas com pontuação de 0 a 10, e que auxiliam na melhor visualização da evolução dos sintomas¹².

MÉTODO

Método descritivo, através da técnica de autorrelato estruturado, utilizando a estratégia da consulta de enfermagem. Justifica-se esta escolha porque ele é aplicável às características do trabalho de enfermagem e, além de descrever, investiga a natureza complexa e os fatores com os quais se relaciona o objeto de estudo formulado¹⁵.

A população do estudo é composta por clientes com câncer localizado na cabeça e pescoço, com metástase local e/ou à distância, que se encontram em fase avançada da doença, em tratamento paliativo e com acompanhamento na modalidade ambulatorial. Selecionou-se a amostra, considerando o quantitativo de atendimento desta clientela em um ambulatório de referência para a patologia citada.

Nessa unidade, atende-se em média, por mês, 535 pessoas. Destas, 116 clientes são atendidos por mês. Assim, estes 116 indivíduos foram escolhidos para o cálculo da amostra. Foi critério de inclusão para seleção da amostra: clientes com câncer de cabeça e pescoço; *Karnofsky Performance Status* (KPS) igual ou acima de 50%; possuindo comunicação (verbal ou escrita) interpessoal preservada e disponibilidade para locomoção; em acompanhamento pela equipe ambulatorial; que conheceram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por concordarem com os objetivos, vantagens e desvantagens da pesquisa.

São critérios de exclusão: clientes com KPS menor que 50%; com câncer em outras regiões do corpo; apresentando distúrbios cognitivos que possam interferir na comunicação interpessoal; com indisponibilidade para locomoção; que recusarem assinar o TCLE e que não comparecerem à consulta de enfermagem agendada.

No campo da pesquisa, os clientes são avaliados de acordo com a escala funcional de *Karnofsky*, descrita em 1987¹⁶, e de acordo com esta eles são classificados em percentil, variando de 0 a 100, e conforme os sintomas e apresentação física o índice é identificado no percentil a cada 10 pontos. Essa escala descreve níveis crescentes de atividade e independência associados a valores que variam de 0 a 100¹⁷.

De acordo com esta escala os clientes com avaliação funcional correspondente a menos de 50% são incapazes de manterem o autocuidado sem supervisão ou apoio de um cuidador, e podem possuir comunicação prejudicada, logo não podem ser incluídos na pesquisa. Considerando o exposto, a amostra foi composta por 77 clientes, utilizando-se a amostragem probabilística, aleatória e estratificada¹⁵.

Campo da pesquisa e produção de dados

O estudo realizou-se em um ambulatório de uma unidade de oncologia, de referência em cuidado paliativo, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. Nesse ambulatório são acompanhados os clientes possuindo um índice funcional que permita sua ida ao hospital, ou aqueles com índice funcional que impossibilita seu comparecimento, mas reside em uma distância acima de 70 km do hospital. Fato que contraindica a assistência domiciliar¹⁶.

A produção de dados realizou-se durante a consulta de enfermagem, desenvolvida pela enfermeira pesquisadora, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa- Protocolo 157/2010 do campo desta pesquisa. Para identificar as características nosológicas dos clientes com câncer de cabeça e pescoço, em acompanhamento ambulatorial para cuidados paliativos, desenvolveu-se 77 consultas de enfermagem, utilizadas como estratégia de pesquisa, visando registrar o autorrelato dos sujeitos, além da observação direta de características físicas.

Os sujeitos foram entrevistados e avaliados pela pesquisadora, durante a consulta, realizada em 30 minutos, abrangendo as duas primeiras etapas: avaliação e reavaliação dos sintomas e sinais; realização do exame físico. Utilizou-se como instrumento de produção de dados um formulário estruturado para identificação de características nosológicas, que foi aplicado após a assinatura, do cliente, no termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96, respeitando os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Justifica-se que o autorrelato é apropriado quando se sabe exatamente o que investigar. Portanto, pode-se estruturar questões apropriadas para obter a informação necessária¹⁵. O formulário citado foi composto pelas seguintes variáveis: presença, estágio e grau de odor das lesões, sítio de acometimento do câncer e de metástases, presença de cuidador, classificação do cuidador, via de alimentação, capacidade de autocuidado (AC) para alimentação e práticas de autocuidado.

Os dados produzidos foram organizados no *Excel*. Aplicou-se a estatística descritiva simples, calculando-se a frequência absoluta e percentual e a relação entre variáveis. A representação gráfica dos dados foi feita em tabelas que mostram a relação entre as variáveis, excetuando-se a Tabela 3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 77 clientes com câncer de cabeça e pescoço, observou-se que o sítio de acometimento mais comum é a cavidade oral, atingindo 19(24,69%) dos sujeitos; seguindo-se o orofaringe, com 18(23,38%) do total citado, de acordo com a Tabela 1. Tal fato ratifica que, o câncer localizado em cavidade oral, incluindo as regiões de língua, gengiva, palato duro, mucosa jugal, entre outras, está entre os oito tipos de cânceres mais frequentes, estando na quinta posição entre os homens e na sétima entre as mulheres¹⁸.

Quanto aos demais sítios acometidos por câncer, destaca-se o sofrimento do cliente com tumores de cabeça e pescoço, que vai além da dor física, dificuldade de deglutição, alimentação. Pois atinge sua autoimagem e autoestima devido à constante autopercepção da situação estética na qual se encontra. Subentende-se, também, seu constrangimento e sofrimento consequente da heteropercepção da família, colegas, amigos, demais pessoas do seu círculo social e até de profissionais de saúde, devido à sua situação de saúde^{2,4}.

Quanto aos resultados referentes ao *Karnofsky* (KPS), sobreleva-se a ocorrência de um maior percentual de clientes com KPS 80%, sendo representado por 26(33,77%) dos 77 clientes. Na relação KPS e sítio de acometimento, notou-se a predominância de 7(9,10) com localização na cavidade oral, o que já era esperado, por ser esta a região mais comum, em ambos os sexos^{5,16}.

Esse resultado indica que parte importante dos clientes possui índice de KPS, indicando bom padrão de atividade e capacidade de realizar atividades do cotidiano sem auxílio de terceiros. Isso poderá influenciar a avaliação de autocuidado e levantamento das necessidades humanas, haja vista que, quanto melhor este índice, melhor será o autocuidado^{1,16,17}.

Quanto à ocorrência de metástase, classificada em local, linfonodos e à distância, nos 77 sujeitos de pesquisa, observa-se a maior incidência de avanço lo-

TABELA 1: Sítios acometidos por câncer e diagnóstico de KPS. Rio de Janeiro, INCA, agosto de 2011.

Sítios	Diagnóstico KPS												Total	
	50		60		70		80		90		100		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Cavidade oral	2	2,60	2	2,60	5	6,50	7	9,10	1	1,30	2	2,60	19	24,69
Cavidade nasal	-	-	-	-	-	-	1	1,30	-	-	-	-	1	1,30
Glândula parótida	-	-	1	1,30	-	-	1	1,30	1	1,30	-	-	2	2,60
Glândula salivar	-	-	1	1,30	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,30
Gânglios ln da cp	-	-	-	-	-	-	1	1,30	-	-	-	-	1	1,30
Glote	-	-	1	1,30	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,30
Hipofaringe	-	-	1	1,30	1	1,30	2	2,60	-	-	-	-	4	5,19
Lábio	-	-	-	-	1	1,30	2	2,60	-	-	-	-	3	3,90
Laringe	-	-	1	1,30	3	3,90	1	1,30	1	1,30	-	-	6	7,79
Nasofaringe	1	1,30	-	-	1	1,30	1	1,30	2	2,60	-	-	5	6,49
Orofaringe	1	1,30	4	5,19	4	5,19	5	6,49	4	5,19	-	-	18	23,38
Partes moles da cp	-	-	1	1,30	-	-	1	1,30	-	-	-	-	2	2,60
Pele	-	-	2	2,60	1	1,30	2	2,60	2	2,60	-	-	7	9,09
Seio da face	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30	-	-	-	-	2	2,60
Seio maxilar	1	1,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,30
Supraglótica	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30	-	-	-	-	2	2,60
Tecido linfático da cp	-	-	-	-	1	1,30	-	-	-	-	-	-	1	1,30
Tireoide	-	-	-	-	-	-	1	1,30	-	-	-	-	1	1,30
Total Parcial	5	6,49	14	18,18	19	24,68	26	33,77	11	14,29	2	2,60	77	100,00

cal do câncer de cabeça e pescoço em 31 (40,26) clientes. Enquanto a menor – 19 (26,69) – corresponde à linfonodos. Relacionando a metástase aos sítios acometidos pela doença citada, verifica-se a predominância

de 22 (28,57), também, referente à cavidade oral, conforme mostra a Tabela 2. Dessa forma, sobleva-se ser mais comum o avanço local do câncer, o que implicará em sintomas relacionados às estruturas localiza-

TABELA 2: Local de metástases e sítios acometidos. Rio de Janeiro, INCA, agosto de 2011.

Sítios	Local		Metástase		Local/		Total	
	f	%	Linfo-nodos	f	Local/ Distância	f	f	%
Pele	6	7,79	-	-	1	1,30	7	9,09
Nasofaringe	-	-	-	-	5	6,49	5	6,49
Cavidade oral	8	10,40	6	7,80	8	10,40	22	28,57
Orofaringe	8	10,39	6	7,79	3	3,90	17	22,08
Glândula parótida	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30
Laringe	2	2,60	2	2,60	2	2,60	6	5,20
Supraglótica	1	1,30	1	1,30	-	-	2	2,60
Partes moles da cp	-	-	-	-	2	2,60	2	2,60
Gânglios ln da cp	-	-	1	1,30	-	-	1	1,30
Parótida	1	1,30	-	-	-	-	1	1,30
Seios da face	2	2,60	-	-	-	-	2	2,60
Tireoide	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30
Seio maxilar	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30
Cavidade nasal	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30
Glote	-	-	1	1,30	-	-	1	1,30
Hipofaringe	2	2,60	2	2,60	-	-	4	5,20
Glândula salivar	1	1,30	-	-	-	-	1	1,30
Tecido linfático da CP	-	-	-	-	1	1,30	1	1,30
Total	31	40,26	19	26,69	26	24,69	77	100

das na região de cabeça e pescoço, como crescimento da lesão tumoral e rompimento da integridade da pele, dor local, deformidade em face, disfagia, odinofagia, rouquidão e dislalia¹⁸.

Destaca-se que a maioria – 55 (71,43%) – dos clientes possui lesão tumoral, cujo estágio mais prevalente é o 0, que atinge 22 (28,57%) sujeitos de pesquisa. Quanto ao grau de odor, releva-se a maioria dos clientes, 63 (81,82%), com odor grau 0, enquanto a minoria, 4 (5,19), tem grau I e III, respectivamente.

Assim, verifica-se que a maioria possui lesão tumoral, no entanto, esta corresponde ao grau 0, indicando não haver rompimento da integridade da pele. As lesões que apresentam rompimento da epiderme estão com o odor controlado, o que é um indicador de qualidade da assistência de enfermagem. Infere-se, que as orientações de enfermagem e as condutas adotadas estão sendo eficazes para o controle de sinais e sintomas indesejáveis, relacionados ao curativo das lesões. Fato que favorece o convívio social, e pode ser um ponto favorável no estímulo para as atividades de lazer¹⁸.

TABELA 3: Lesão tumoral, estágio e grau de odor das lesões tumorais. Rio de Janeiro, INCA-Ambulatório, agosto de 2011.

Lesão tumoral	f	%
Sim	55	71,43
Não	22	28,57
Total	77	100,00
Estágio		
0	22	28,57
I	21	27,27
II	9	11,69
III	14	18,18
IV	10	12,99
V	1	1,30
Total	77	100,00
Odor		
0	63	81,82
I	4	5,20
II	6	7,79
III	4	5,19
Total	77	100,00

Observou-se que a maioria dos clientes – 47 (61,04%) – se alimenta por via oral. Somente 1 (1,30%) não precisa de auxílio para a dieta via oral, e por GTO; enquanto 5 (6,49%) se alimentam exclusivamente por CNE e 2 (2,60%) por GTO. Para os clientes que fazem uso de sonda para alimentação, mas que mantêm a via oral para satisfação, observamos que 7 (9,09) deles se alimentam por CNE e por via oral. Da mesma forma, dos 10 (12,99) clientes que se alimentam por via oral e por GTO, 5 (6,49) o fazem sem auxílio quando a via é oral.

Nos resultados descritos, verifica-se um grau de dependência para a alimentação por sonda, tendo em

vista que esses clientes possuíam capacidade para alimentar-se sem auxílio, porém, quando a via utilizada era a sonda, os mesmos solicitavam auxílio. Esse comportamento pode estar relacionado à negação da doença e às alterações trazidas por ela.

Nota-se, também, que, apesar desses clientes possuírem um câncer avançado na região de cabeça e pescoço, o que implica em comprometimento da função de deglutição, a maioria ainda mantinha a via oral como principal via de alimentação. E para essa via não houve necessidade de auxílio na alimentação.

Ressalta-se que a maioria de 72 (93,51), 56 (72,73), 55 (71,43) clientes veste-se, alimenta-se (independente da via de alimentação), locomove-se e realiza o curativo, respectivamente. Observou-se, que 17 (22,08) clientes possuem lesão tumoral, nos estágios IV, II e III. E os que possuíam lesão, demandando curativo, eram capazes de realizá-lo. Releva-se 43 (55,84) do total de 77 clientes sem lesão tumoral, ou que a possuem no estágio I.

Constatou-se que, apesar da enfermidade, os clientes mantêm atividades cotidianas de autocuidado, mesmo possuindo cuidador formal e/ou informal exercendo a função de supervisão e orientação para essas atividades. Assim, verifica-se que os sujeitos de pesquisa possuem capacidade funcional para realizar tais atividades, haja vista, que parte expressiva deles possui KPS com índice elevado^{16,17}. Alerta-se que as atividades não realizadas pelos clientes estão mais diretamente relacionadas ao processo de evolução da doença¹⁸.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, identificou-se as características nosológicas de 77 clientes com câncer de cabeça e pescoço, em acompanhamento ambulatorial para tratamento paliativo, utilizando as duas primeiras fases da consulta de enfermagem como estratégia de pesquisa.

Delineando um perfil nosológico dos clientes com a citada patologia, destacam-se as lesões tumorais, com prevalência do estágio 0. Eles têm metástase local, sendo a cavidade oral o sítio de localização mais comum. O que ratifica a literatura consultada. Foi mais prevalente a metástase local, sendo os sintomas locais os mais expressivos. Neste caso, cabe ao enfermeiro avaliar esses sintomas e intervir precocemente, a exemplo de um sintoma de disfagia, intratável, que poderia ser minimizado com o uso da sonda para alimentação.

Concluiu-se que a maioria dos clientes se alimenta, se veste e se locomove sem auxílio de terceiros, sendo reduzido o número dos que realizam o curativo e os que possuem e controlam sua dieta por sonda. Portanto, faz-se necessária, neste último caso, a presença do cuidador.

Mesmo considerando que a pessoa com câncer de cabeça e pescoço não precise de auxílio direto nos cuidados para o atendimento de suas necessidades hu-

manas básicas, torna-se importante a supervisão de enfermagem para o acompanhamento nas consultas ambulatoriais, visto o número de informações que são dadas e a complexidade dos cuidados necessários ao seu bem-estar. Portanto, o enfermeiro deve valorizar as queixas dessa clientela e questionar sobre os sintomas que podem ocorrer, para então promover medidas visando à melhoria dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Santos I, Alves ACS, Silva AFL, Caldas CP, Berardinelli LMM, Santana RE. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011; 15:745-53.
2. Monbourquette J. Da autoestima à individuação: psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulinas; 2008.
3. Branden N. The six pillars of self-esteem. New York (EUA): Bantam Books; 1994.
4. Christophe A, Lelord F. L'estime de soi: S'aimer por mieux vivre avec les autres. Paris (Fr): Odile Jacob; 1999.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. [citado em 08 jan 2012]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2010.
6. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática Hospitalar*. 2005; 41:107-12.
7. García-Peris P. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clinical Nutrition*. 2007; 17:710-7.
8. Pfeifer MP. Weight Loss during treatment of head and neck cancer as an independent predictor of quality of life and symptom burden. Louisville (USA): University of Louisville; 2009.
9. Vanbokhorst-De Vander MAE, Hueren SC. Perioperative enteral nutrition and quality of life of severely malnourished head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Clinical Nutrition*. 2000; 19:437-44.
10. Lin SC, Jen YM, Chang YC, Lin CC. Assessment of xerostomia and its impact on quality of life in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy, and validation of the taiwanese version of the xerostomia questionnaire. *J Pain Simptom Manage*. 2008; 36(2):141-8.
11. Albuquerque C. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53(2):195-209.
12. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
13. Moraes FRC, Silva CMC, Ribeiro MCM, Pinto NRS, Santos I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: Concepções de Collière. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:305-10.
14. Rodrigo MTL, Ferrín CF, Gómez MVN. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virgínia Henderson en el siglo XXI. Barcelona (ES): Masson; 1998.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
16. Groenwald SL, Frogge MH, Goodman M, Yardro CH, editors. Cancer nursing: principles and practice. Boston (EUA): Jones and Bartlett Publishers; 1995.
17. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed São Paulo: Atheneu; 2005.
18. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. (revista, atualizada e ampliada). Rio de Janeiro: INCA; 2008.