

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

QUALIDADE DE VIDA E A SATISFAÇÃO DA
COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A
LARINGECTOMIA TOTAL: construção e validação de
um instrumento de medida

KÁTIA CILENE GODINHO BERTONCELLO

RIBEIRÃO PRETO

2004

KÁTIA CILENE GODINHO BERTONCELLO

**QUALIDADE DE VIDA E A SATISFAÇÃO DA
COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A
LARINGECTOMIA TOTAL: construção e validação de
um instrumento de medida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada - Área Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa – Comunicação em Enfermagem, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Namie Okino Sawada

RIBEIRÃO PRETO

2004

Ficha Catalográfica

Bertoncello, Kátia Cilene Godinho

Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. Ribeirão Preto, 2004.

226p.: il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada Área: Fundamental.

Orientador: Sawada, Namie Okino.

1. Qualidade de vida. 2. Comunicação em Enfermagem. 3. Validação de instrumento. 4. Câncer de laringe.

“Nunca deixe que lhe digam
Que não vale a pena acreditar no sonho que
se tem...

Ou que seus planos nunca vão dar certo...

Ou que você nunca vai ser alguém...

Têm gente que machuca os outros

Tem gente que não sabe amar

Mas eu sei que um dia a gente aprende...

Se você quiser alguém... em quem confiar

Confie em si mesmo...

Quem acredita sempre alcança...

Mas é claro que o sol vai voltar amanhã...

Mais uma vez eu sei... escuridão já vi

pior

De endoidecer gente sã... espera que o sol

já vem

Quem acredita sempre alcança...

Quem acredita sempre alcança...

Quem acredita sempre alcança...”

Renato Russo

Aos meus amados pais **Hilda e Delíspero**,
meus irmãos **Marco**,
Alexandre, minhas irmãs **Cristiane, Karina**,
minhas cunhadas **Dirce, Márcia**
e as paixões da minha vida,
os meus sobrinhos,
Fábio, Ana, Amanda e Sara,
amo vocês e

a todos dedico este trabalho.

Agradecimento Especial

"Profa. Namie"

"Assim a chamei desde o primeiro momento que você me disse que era minha orientadora no mestrado e na oportunidade certa, falou-me que daríamos continuidade ao nosso trabalho no doutorado. Esta maneira de comunicar-me verbalmente com você é a minha forma simples, contudo permanente de agradecer-te a todo instante a oportunidade que me deu de fazer parte dos alunos de pós-graduação desta renomada Escola de Enfermagem, realizando assim o grande sonho da minha vida profissional e pessoal. Estes mais de seis anos de convívio jamais sairão do meu pensamento crítico, do meu coração tímido e das

minhas lembranças sinceras. Conhecimento científico como o seu levo de exemplo e de pretensão. Em eterno agradecimento aplaudo

a ti de pé"

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, contei com a colaboração de pessoas importantes. Estas que me auxiliaram e muitas vezes expressaram somente um gesto de amor e carinho. Quero por meio de palavras, gestos e silêncio agradecer à todos.

- Ao **Prof. Dr. Roberto Mario Verzola**, Coordenador Geral da UTI-Coronariana, e UTI-Adulto e aos Cirurgiões Cardíacos, **Prof. Dr. Paulo José de Freitas Ribeiro; Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora; Prof. Dr. Walter Villela de Andrade Vicente; Dr. Antonio Carlos Menardi; Dr. Silvio Rosati**; que cooperaram e entenderam a minha ausência para a realização deste estudo;
- À Enfermeira **Maria Helena S. S. Fiorani**, Gerente do Serviço de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos-SP, que com seu carinho e nossa amizade gerada em momentos de alegrias e inquietudes fizeram-me prosseguir;
- Às amigas e Enfermeiras **Ana Cristina Casale Costa; Marcia Rosas; Valéria Gonçalves Rodrigues, Alessandra Bueno, Cibele de Santi Rubert**, aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, a cardiologista **Dra. Fabiana Maria Ruas Darezzo, Dra. Isabel Aparecida Silva** da UTI-Coronariana e UTI-Adulto, pelo incentivo e compreensão da minha ausência para realização desta investigação;
- À **Dra. Miyeko Hayashida**, pelas grandes contribuições no exame de qualificação, desde o mestrado e agora no doutorado, pelo auxílio e estímulo no tratamento estatístico dos dados e as pragmáticas sugestões técnico-científicas e principalmente pelo carinho, pelo saber ouvir nos momentos de inquietude e o de saber falar e mostrar afeto;

- À **Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago (Coordenadora do GARPO – Laringectomizado)**, pelas grandes contribuições no exame de qualificação, desde o mestrado e agora no doutorado, pela disponibilidade e valiosas contribuições científicas, que com sabedoria, confiança e grande ajuda, tornaram possível a realização desta pesquisa;
- Às Enfermeiras **Dra. Helena Megumi Sonobe e Profa. Dra. Rosana Spadoti Dantas** pela disponibilidade e valiosas contribuições científicas;
- Ao **Prof. Dr. Rui Celso Martins Mamede e Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos** pelas contribuições científicas;
- À **Profa. Dra. Cristina Maria Galvão**, pela compreensão e disponibilidade sempre;
- À **Profa. Dra. Isabel Amélia Costa Mendes**, Diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que inspirou confiança e segurança durante minha permanência de sete anos nesta renomada Escola;
- À **Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues**, Coordenadora do Programa da Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, pela assistência prestada, nos momentos difíceis;
- À **Profa. Dra. Maria Lúcia Robazzi**, Vice-Coordenadora do Programa da pós-graduação em Enfermagem Fundamental, pelo apoio e compreensão;
- Aos Professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, pelo apoio e ensinamentos constantes;
- À amiga e Enfermeira mestranda **Luciana de Freitas Campos**, pela compreensão e apoio nos momentos de dificuldades e de alegrias;

- Aos funcionários da Escola de Enfermagem, pela acolhida de forma tão carinhosa e em especial, **André, Marcos, Deo e Lourdes**;
- À todos os profissionais e colaboradores do **GARPO – Laringectomizado**; pela oportunidade, ajuda, compreensão, paciência e colaboração;
- Aos **pacientes e familiares** do GARPO – laringectomizado que aceitaram colaborar na pesquisa;
- À **Profa. Terezinha Ferreira** por tornar meu português mais correto e compreensível;
- Às Bibliotecárias **Maria Cristina Manduca Ferreira; Milena Celere** pela disponibilidade e revisão bibliográfica;
- À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro;
- À todos que, com empenho, entusiasmo e bondade contribuíram, direta ou indiretamente, para que esse trabalho se concretizasse e que fizeram parte do meu convívio no dia a dia, meu eterno obrigado.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	04
2.1 Geral	04
2.2 Específicos	04
3 REVISÃO DA LITERATURA	05
3.1 Bases anatomicofisiológicas	05
3.2 Diagnóstico de lesões de laringe	06
3.3 Tratamento do câncer de laringe	11
3.4 Reabilitação da voz após a laringectomia	20
3.5 Um pioneiro na reabilitação de voz após a laringectomia	22
3.6 Enfermagem e a reabilitação do paciente cirúrgico oncológico	24
3.6.1 Tipos de reabilitação vocal para os laringectomizados	29
3.6.2 Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – laringectomizadas	31
3.7 Conceito de qualidade de vida	35
4 REFERENCIAL TEÓRICO	44
4.1 Modelo do processo de comunicação segundo BERLO (1979)	44
4.1.1 Objetivo da comunicação	45
4.1.2 Conceito de processo	46
4.1.3 Ingredientes da comunicação	48
4.1.4 Um modelo do processo de comunicação	49
4.1.5 Habilidades da comunicação	52
4.1.6 Atitudes	53
4.1.7 Nível de conhecimento	54
4.1.8 Sistema sócio-cultural	54
4.1.9 Receptor-decodificador	55

4.1.10 A mensagem	58
4.1.11 Elementos e estrutura	58
4.1.12 Código da mensagem	59
4.1.13 Conteúdo da mensagem	60
4.1.14 Tratamento da mensagem	60
4.1.15 O canal	61
4.2 Construção e validação de instrumento segundo PASQUALI (1998)	62
4.2.1 Procedimentos teóricos	67
4.2.2 Procedimentos empíricos (experimentais)	72
4.2.3 Procedimentos analíticos (estatísticos)	72
5 METODOLOGIA	78
5.1 Tipo de estudo	78
5.2 Campo de estudo	78
5.3 População e amostra	79
5.4 Procedimentos teóricos	81
5.4.1 Construção do instrumento	90
5.4.2 Sistema de pontuação do instrumento	96
5.4.3 Análise dos itens do instrumento	96
5.4.4 Pré-teste	101
5.5 Procedimentos empíricos e analíticos	106
5.5.1 Seleção da amostra	106
5.5.2 Coleta de dados	107
5.5.3 Análise de confiabilidade do instrumento	110
5.5.4 Análise de validade do instrumento	110
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	114
6.1 Caracterização da amostra	114
6.2 Análise da satisfação da comunicação e a qualidade de vida	145
6.2.1 Validade de construto	163
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190
9 ANEXOS	206

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Participação de pacientes e familiares no GARPO – Laringectomizado de 1990 à 2003.....	34
Quadro 2 - Ranking de habilidade de comunicação em várias situações por pacientes laringectomizados.....	85
Quadro 3 - Atividades que os pacientes de laringectomia abriram mão por dificuldades de comunicação.....	85
Quadro 4 - Maior problema com a comunicação relatada por pacientes laringectomizados.....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo dos ingredientes da comunicação segundo Berlo (1979).....	52
Figura 2 - Teoria e procedimentos para construção de escalas psicométricas (Pasquali, 1998).....	66
Figura 3 - Modelo de qualidade de vida para sobreviventes do câncer.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas de confiabilidade de Alpha de Cronbach da avaliação da satisfação da comunicação e da FACT H & N (versão 4), Ribeirão Preto - SP, 2004.....	112
Tabela 2 - Caracterização dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), Ribeirão Preto - SP, 2004.....	116
Tabela 3 - Caracterização dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo a atividade profissional exercida, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	120
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo a renda familiar, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	124
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tempo de reabilitação vocal, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	125

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tipo de reabilitação vocal, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	127
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tempo e o tipo de reabilitação vocal, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	134
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o número de cirurgias realizadas, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	138
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tempo e o número de cirurgias realizadas, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	139

Tabela 10 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 52 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	147
Tabela 11 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nas subescalas do instrumento, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	148
Tabela 12 – Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 52 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, bem estar funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	150
Tabela 13 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 24 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	152
Tabela 14 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 13 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	154

Tabela 15 - Distribuição de frequências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 8 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	157
Tabela 16 - Distribuição de frequências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 7 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	160
Tabela 17 - Valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	165
Tabela 18 - Matriz de correlação dos itens com os novos fatores, Ribeirão Preto - SP, 2004.....	166
Tabela 19 - Descrição dos itens agrupados nos novos fatores e respectivas cargas fatoriais de extração, Ribeirão Preto – SP, 2004.....	168
Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004.	172

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total:** construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 226 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. katiaber@terra.com.br

RESUMO

Trata-se de uma investigação de desenvolvimento metodológico cujo objetivo foi construir e validar um instrumento para medir a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total e avaliar a qualidade de vida deste, através do instrumento validado por Sawada (2002). A metodologia utilizada baseou-se em procedimentos teóricos, empíricos e analíticos propostos por Pasquali (1998) para a elaboração de instrumentos psicométricos e da comunicação (Berlo, 1979). O instrumento foi submetido à análise da adequação semântica e conceitual dos itens, por três peritos, seguido do pré-teste. Os procedimentos empíricos compreenderam a aplicação do mesmo a uma amostra de 52 laringectomizados, entre julho de 2002 a janeiro de 2003, realizadas no GARPO–Laringectomizado, Ribeirão Preto-SP. Os analíticos compreenderam a análise da validade do construto (análise fatorial com extração de 15 fatores) e da confiabilidade (Alpha de Cronbach total de 0,97 e nos domínios, variando de 0,95 a 0,96). Este estudo resultou na criação de um instrumento composto por 94 itens e dois domínios, com índices de confiabilidade altamente satisfatórios. Os resultados revelam a importância do método de vocalização atualmente utilizado e avaliado pelo próprio indivíduo. Para os laringectomizados que utilizam a voz de bochecho, os gestos/mímica labial e escrita, como forma de comunicação alaríngeal, a boa qualidade de vida não é sinônimo de boa satisfação da comunicação atual. Entretanto os que utilizam a prótese traqueoesofágica forneceram dados que mostram que a boa qualidade de vida é sinônimo de boa satisfação da comunicação atual. Contudo, os estudos sobre mensuração da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total ainda são incipientes em nosso meio e esta investigação pode ser entendida como um ponto de partida para outras dessa natureza.

Palavras-chaves: 1. Qualidade de vida. 2. Comunicação em Enfermagem.
3. Construção de instrumento. 4. Câncer de laringe.

BERTONCELLO, K. C. G. **Quality of life and satisfaction with patients' communication after total laryngectomy**: construction and validation of a measuring scale. 2004. 226 p. Doctoral Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. katiaber@terra.com.br

ABSTRACT

This methodological development study aimed to construct and validate a scale to measure satisfaction levels with patients' communication after total laryngectomy and to evaluate their quality of life, through the scale validated by Sawada (2002). The applied methodology was based on theoretical, empirical and analytical procedures proposed by Pasquali (1998) for elaborating psychometric and communication scales (Berlo, 1979). The scale was submitted to an analysis of the items' semantic and conceptual adequacy, carried out by 3 experts, followed by a pretest. Empirical procedures covered the application of this scale to a sample of 52 laryngectomized patients, from July 2002 to January 2003, realized at the GARPO–Laryngectomized patients, Ribeirão Preto-SP, Brazil. Analytical procedures included construct validity analysis (factorial analysis with extraction of 15 factors) and reliability analysis (total Cronbach's Alpha 0,97 and varying from 0,95 to 0,96 in the dominions). This study resulted in the creation of a scale that consists of 94 items and 2 dominions, with highly satisfactory reliability rates. Results disclose the importance of the vocalization method that is currently used and evaluated by the proper individual. The laryngectomized patients who use voice the mouth, gestures/lip mimics and writing as a form of alaryngeal communication do not consider good quality of life as synonymous with high satisfaction with current communication. Patients who use tracheo-esophageal prosthesis, on the other hand, supplied data indicating that good quality of life is synonymous with high satisfaction with current communication. However, studies measuring satisfaction with patients' communication after total laryngectomy are still in an initial stage in our area. This research can be considered a starting point for other studies of this kind.

Keywords: 1. Quality of life. 2. Communication at Nursing.
3. Instrument construction. 4. Cancer laryngeal.

BERTONCELLO, K. C. G. **Calidad de vida y la satisfacción con la comunicación del paciente posterior a laringectomía total:** construcción y validación de un instrumento de mensuración. 2004. 226 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. katiaber@terra.com.br

RESUMEN

La finalidad de esta investigación de desarrollo metodológico es la de construir y validar un instrumento para medir la satisfacción acerca de la comunicación del paciente posterior a laringectomía total y evaluar su calidad de vida, mediante el instrumento validado por Sawada (2002). La metodología utilizada fue basada en procedimientos teóricos, empíricos y analíticos propuestos por Pasquali (1998) para la elaboración de instrumentos psicométricos y de comunicación (Berlo, 1979). El instrumento fue sometido a análisis de la adecuación semántica y conceptual de los ítem, por 3 expertos, seguido del pretest. Los procedimientos empíricos incluyeron la aplicación del mismo a una muestra de 52 laringectomizados, entre julio de 2002 y enero de 2003, realizada en el GARPO–Laringectomizado, Ribeirão Preto-SP, Brasil. Los analíticos contuvieron el análisis de validez del constructo (análisis factorial con extracción de 15 componentes) y de confiabilidad (Alpha de Cronbach total de 0,97 y en los dominios, variando de 0,95 a 0,96). Este estudio resultó en la creación de un instrumento compuesto por 94 ítems y 2 dominios, con índices de confiabilidad altamente satisfactorios. Los resultados demuestran la importancia del método de vocalización actualmente utilizado y evaluado por el propio individuo. Para los pacientes laringectomizados que utilizan voz de bochecho, los gestos/mímica labial y escritura, como forma de comunicación alaríngea, la buena calidad de vida no es sinónimo de la buena satisfacción con la comunicación actual. Los pacientes que utilizan la prótesis traqueoesofágica, en contraste, proporcionaron datos que demuestran la buena calidad de vida es sinónimo de buena satisfacción con la comunicación actual. Sin embargo, las investigaciones sobre medición de satisfacción con la comunicación del paciente posterior a laringectomía total todavía son incipientes en nuestra área. Esta investigación puede ser entendida como un punto de partida para otras de esa naturaleza.

Términos-clave: 1. Calidad de vida. 2. Comunicación en enfermería.
3. Construcción de instrumento. 4. Cáncer de laringe.

1. INTRODUÇÃO



voz expressa as emoções carregadas de significados que se transformam em palavra falada quando se quer comunicar com alguém.

A conduta vocal individual pode ser analisada por um conjunto de sinais corporais (comunicação não-verbal) que nos alertam sobre a comunicação da pessoa. Quando se observa que algum ou alguns desses sinais estão evidenciando prejuízo na emissão vocal, é o momento certo para procurar ajuda. Tratar dos problemas adequadamente é prevenir doenças mais graves, como por exemplo, o câncer de laringe.

É fundamental que as pessoas, principalmente as que fazem da sua voz seu principal instrumento de trabalho ou não, observem se está existindo alguma mudança gradativa da qualidade de sua voz. Em caso afirmativo, a conduta mais indicada é procurar ajuda para exames e avaliações minuciosas.

O câncer de laringe em estágio avançado requer terapeuticamente a cirurgia de laringectomia total, (retirada cirúrgica da laringe, órgão fonador) que altera significativamente a respiração, a deglutição e a produção de fala do indivíduo. A linguagem expressa na comunicação verbal, portanto, quebra severamente a interação com outras pessoas e resulta em mudanças sociais e psicológicas consideráveis. Falhas na reabilitação vocal freqüentemente acarretam em recolhimento social, com perda em qualidade de vida.

O impacto de ser portador de câncer de laringe e submeter-se a um

procedimento mutilante como laringectomia total é grande. A perda da voz, a desfiguração e a sensação de morte iminente repercutem na auto-estima, na vida familiar, social e profissional.

A restauração da voz seguida da laringectomia total é um objetivo importante e desafiador para médicos, cirurgiões de cabeça e pescoço, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e assistente social.

Através do último século, uma variedade de técnicas de restauração vocal tem sido desenvolvida e usada com variações de fala esofágica, próteses traqueoesofágicas e laringe eletrônica. Paciente sem sucesso no uso de um destes três métodos de reabilitação vocal, comunicam-se por meio de gestos manuais e/ou faciais (comunicação não-verbal) ou através de anotações em papel.

Pesquisas nesta última década focaram a eficiência e inteligibilidade dos métodos de comunicação sem laringe ou reabilitação vocal, mas uma lacuna foi identificada em estudos que tem destacado a satisfação dos laringectomizados com estes métodos e seus efeitos sobre a sua qualidade de vida. Portanto, esta investigação foi designada para avaliar a satisfação pessoal destes pacientes com seus métodos de comunicação, com sua qualidade de vida e para determinar a percepção deste em relação à eficiência destes métodos, no seu dia-a-dia.

Diante do exposto, identificamos que o problema desta temática está na complexidade da reabilitação da voz e na satisfação da comunicação produzida do ser laringectomizado. Portanto, com o propósito de sanar, pela teoria da comunicação segundo Berlo (1979) e do conceito da qualidade de vida segundo Ferrell et al. (1995), a lacuna existente do voltar a falar e a satisfação disso para estes pacientes e com a perspectiva de que identificando e compreendendo os seus significados, pode-

se contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos profissionais de saúde, para planejar o assistir e o ensinar no processo da reabilitação dos indivíduos laringectomizados, com a participação dos seus familiares, justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Tornar disponível um instrumento que meça a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total.

2.2. Específicos

- Construir um instrumento capaz de avaliar a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total;
- Validar o instrumento construído, pela análise das suas propriedades psicométricas e
- Avaliar a qualidade de vida do paciente após a laringectomia total.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Bases anatomicofisiológicas

A laringe pode ser entendida como um cilindro membranoso e muscular, ímpar, mediano, situado anteriormente no pescoço, revestida internamente por mucosa, que mede, em média, 4,5 cm nos homens e 3,5 cm nas mulheres e que se fixa superiormente no osso hióide e inferiormente na traquéia (CARVALHO, 2001).

A laringectomia total é a retirada da laringe, situada na linha média e anterior que, comunicada por baixo pela traquéia e por cima com a laringe, boca e fossas nasais. Divide-se em supraglote a parte superior, glote a área média e subglote a área inferior. A glote está formada pelas cordas vocais. A altura da supraglote, em relação com a faringe e a entrada do esôfago, se forma um cruzamento entre as vias aero-digestivas: o ar entra pelas fossas nasais, desce pela rinofaringe, faringe bucal e passa para a parte faríngea.

O bolo alimentício desce pela orofaringe, passa pelas paredes laterais e posterior da faringe, para entrar no esôfago. Este mecanismo se realiza de forma coordenada, a respiração e a deglutição são funções não simultâneas.

A laringe tem três funções: esfinteriana, respiratória e fonatória. Sem a laringe, a função esfinteriana é desnecessária; as da deglutição e da respiração se fazem independentes. Ao respirar através do traqueostoma, desaparece o mecanismo de condicionamento do ar inspirado. Perde-se o olfato ao faltar a corrente de ar, que leva as partículas olfatórias para seus receptores. Ela repercute no gosto. Sem laringe se anula a fonação (BEHLAU et al., 1999).

3.2. Diagnóstico de lesões da laringe

Antigos médicos gregos conheciam e tratavam doenças do trato aerodigestivo superior. O livro *Doenças*, volume quatro do “*Corpus Hippocraticum*” revela que os médicos da escola Hipocrática conheciam a epiglote, sem esse nome, comparando-a com “a folha de hera” e se referiam a sua função na prevenção da entrada de líquidos na faringe. O escritor hipocrático também interpretou a criação da voz, que é produzida pelos pulmões e suas “siringes” (como ele chamava a laringe), então modificada pelos lábios e língua. O significado da laringe na criação da voz é enfatizado pelo autor do trabalho hipocrático “*Sobre a Carne*” que enfatizou que isto poderia ser provado pelo fato de que certas pessoas cometiam suicídio pelo corte de suas laringes, mas eram finalmente salvas, entretanto, permaneciam sem voz a não ser que algum cirurgião reunisse a laringe danificada (POURNAROPOULOS, apud ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

O conceito de câncer como é encontrado em trabalhos médicos antigos, já era conhecido de Asclepiades de Bithynia, que praticou a medicina em Roma (primeiro século antes de cristo). Ele apresentou o termo “câncer” porque observou que tumores se infiltravam e destruíam os tecidos vizinhos de maneira similar ao caranguejo que esmaga sua vítima (GUERRIER; ARNOUX, 1980).

Para Behlau e Ziemer et al. (1989), o câncer é visto como o crescimento desorganizado de células atípicas (deformadas), que provocam a formação de um tumor. Este é o câncer de laringe, que apresenta grandes chances de tratamento e cura, se detectado precocemente. Os autores comentam que esse tipo de câncer é muito freqüente e apresenta maior ocorrência em homens do que em mulheres, com idade variando entre 50 e 70 anos.

Galen (segundo século depois de cristo) primeiramente deu nome a epiglote e aos nervos recorrentes, que ele descreveu e experimentalmente provou serem significativos na criação da voz. Ele também descreveu meticulosamente a anatomia da laringe e explicou suas funções na respiração e na produção de voz (KUHN, apud ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

Médicos Bizantinos (324-1453 depois de cristo) deduziram seu conhecimento médico dos períodos Hipocrático, Helenístico, Romano e Galênico. Oribasius, o primeiro eminente doutor Bizantino, que nasceu em Pergamus, no seu estudo anatômico e físico completo intitulado “Sobre a laringe e epiglote” descreveu as cordas vocais e seu papel na criação da voz. Nicolaus Myrepsus, um farmacologista e médico do século XIII, se referiu a um medicamento especial composto de várias ervas, que trata úlceras cancerosas e malignas da laringe e cura a perda da voz causada pela doença (RAEDER, apud ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

Médicos Bizantinos contribuíram significativamente para a evolução da otorinolaringologia por preservarem em seus textos de importantes operações e tratamentos terapêuticos de antigos médicos gregos e pela adição de idéias extraídas de suas experiências, principalmente nos cuidados pós-operatórios. Referências a muitos médicos que eram especializados em doenças do ouvido e laringe podem ser encontradas no trabalho de Ulpian (170-228 depois de cristo), que mais tarde foi incluída no *Pantect*, uma famosa coleção Bizantina de leis (TROIANOS, 1995).

Textos Bizantinos incluem descrições de operações na laringe e faringe (abscesso da amígdala, amidalectomia, traqueostomia, uvulectomia e a remoção de corpos estranhos). Estes são considerados os primeiros relatos científicos explícitos

de tais operações e tiveram grandes influências nos cirurgiões europeus medievais que estudaram textos gregos a partir dos seus protótipos, de traduções arábicas ou do latim e na evolução da otorinolaringologia na idade média (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

A importância da laringe como órgão participante da produção da voz e da respiração já era descrita antes da era cristã. A primeira descrição do câncer de laringe é atribuída a Arekaus, a cerca de 100 anos antes de cristo (THAWLEY et al., 1999).

Em seus esforços para tratar as desordens da laringe, os médicos foram impedidos por um longo tempo pela falta de instrumentos de precisão para o exame. Morgagni, em seu estudo “Câncer da laringe” relatou dois casos de carcinoma de laringe; entretanto, parece mais do que possível, considerando as ferramentas de diagnóstico e a falta de conhecimento patológico da era, que estes podem muito bem terem sido casos de doença crônica da laringe, tais como tuberculose e sífilis, especialmente porque estas doenças eram pandêmicas naquela época. Tais dificuldades na definição de real natureza da patologia de laringe crônica são bem apresentados no trabalho de Trousseau e Belloc, datado de 1839, “Tuberculose de laringe” (ALBERTI, 1975).

A invenção do laringoscópio em meados do século XIX é considerada por muitas autoridades como o começo da laringologia moderna. Até este tempo, o exame físico da laringe normalmente consistia apenas de palpação digital do sistema respiratório superior e até a descoberta da cocaína, em 1880, a única maneira de evitar a náusea durante o exame de laringe era a aplicação de lascas de gelo (ROSENBERG, 1971).

Tem sido repetidamente sugerido que o inventor do laringoscópio foi Manuel Garcia, um professor francês do canto de descendência espanhola, que em 1854 pela primeira vez, as cordas vocais de uma pessoa viva, acidentalmente quando olhava a sua garganta. Ele viu a imagem que foi refletida em um vidro, quando falava em uma igreja em Paris. Em colaboração com Charriere, um produtor de instrumentos cirúrgicos, Garcia projetou um sistema de dois espelhos que nomeou de laringoscópio. Pela apresentação de seu dispositivo, ele foi condecorado com o título de Pai da laringologia (CHALAT, 1984).

Não obstante, deve ser notado que Benjamim Guy Babington, um médico britânico, descreveu um instrumento similar para a inspeção indireta da laringe humana em 1829. Este dispositivo foi construído por um ótico chamado Elsworthy e foi apresentado para a sociedade Hunteriana de Londres. Johann Nepamuck Czermak de Budapeste mudou o formato dos espelhos do instrumento inicial, usando um espelho côncavo preso em seus dentes e foi o primeiro a usar luz artificial no laringoscópio. A técnica da laringoscopia foi introduzida na América do Norte em 1858 por Krackowizer, um imigrante austríaco em Nova Iorque (LACARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

Apenas depois da construção de instrumentos de exame adequados que fizeram a laringoscopia indireta possível, o diagnóstico pré-operatório de lesões malignas foi incluído nos procedimentos de tratamento. Não obstante, o sucesso no tratamento do câncer de laringe não poderia ser facilmente obtido sem o preciso diagnóstico histológico baseado na biópsia tecidual (ALBERTI, 1975).

Apesar de que Virchow estabeleceu a histopatologia em 1856, a biópsia de lesões da laringe era raramente realizada até o final de século XIX. Morell

Mackenzie (1837 – 1892) um famoso laringologista da época, introduziu uma ampla variedade de modalidades terapêuticas utilizando o laringoscópio, escreveu o primeiro livro-texto padrão sobre doenças da garganta e fundou o primeiro hospital do mundo de doenças da garganta (TROIANOS, 1995).

Independentemente de suas realizações médicas, Virchow também é muito conhecido pelo fracasso no tratamento do Príncipe Frederick da Prússia, que tinha um tumor de laringe. Provavelmente iludido pelos relatos histológicos repetidamente negativos do famoso patologista, Mackenzie retardou a realização da laringectomia total. Isto acarretou na morte do Príncipe Frederick, que obteve sucesso em um regime mais militarista e expansionista, um fato que provavelmente afetou toda a Europa.

Adicionalmente às suas conseqüências políticas e militares, a falha de Mackenzie contribuiu para a abolição, por um período de mais de 40 anos, da biópsia como uma maneira de propor o diagnóstico definitivo do câncer de laringe (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

Alfred Kirstein é considerado o primeiro a realizar um exame direto do interior da laringe (em 23 de abril de 1895, em Berlim). Depois de 23 dias de sua invenção, ele apresentou sua técnica, que intitulou “autoscopia” para a Associação Medica de Berlim usando uma combinação do eletroscópio e do esofagoscópio, que nomeou “o autoscópio” desta maneira introduzindo a laringologia a uma nova era de detecção de lesões da laringe bem como melhorando as intervenções cirúrgicas (ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

No começo do século XX, Killian inventou a laringoscopia de suspensão, enquanto tentava estabilizar o laringoscópio no peito de um paciente para

ajudar um artista a desenhar melhores pinturas da laringe do paciente. Esta aplicação foi melhorada por Linchem 1915. Brunings de Iena, no vigésimo encontro da sociedade alemã de laringologia, em 1913, apresentou um instrumento que apresentava uma imagem invertida da laringe ou da membrana do tímpano no mesmo tempo, tamanho e brilho para o observador e oito co-observadores com uma capacidade de ampliação de duas a três vezes.

A introdução do microscópio otológico Zeiss, em 1950, com adaptação de lentes de 300 e 400 mm para ampliar a distância de trabalho trouxe a superfície da laringe mais próxima do que nunca ao alcance do laringologista (TROIANOS, 1995).

3.3. Tratamento do câncer de laringe

Em virtude da natureza real do câncer de laringe não ter sido conhecida por um longo tempo, a abordagem terapêutica inicial em casos de tumores avançados ou era a traqueotomia ou a intubação endotraqueal na tentativa de prevenir a sufocação. Provavelmente a traqueotomia tem sido conhecida por aproximadamente 3.500 anos. Existem indícios de que esta operação foi referida no Talmud. Também se sabia que Asclepiades da Bythia, que trabalhava em Roma (primeiro século antes de cristo), aprovava este procedimento (ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

Galen também citava a abertura cirúrgica da traquéia. Uma descrição detalhada desta técnica sobreviveu nos textos de Paul da Aegina, originada dos quatro volumes perdidos do antigo cirurgião grego Antyllus, “*Sobre medicamentos*” (segundo século depois de cristo). Antyllus era um seguidor dos antigos médicos Archigenes, Heliodorus e Leonides, membros da escola de Pneumologia de Alexandria (primeiro século depois de cristo) (GOLDSTEIN; SISSON, 1996).

A traqueotomia era realizada durante os séculos seguintes sob o termo “laringotomia”, como confirmado pelo distinto filósofo e médico Michael Psellus, no trabalho “*De re Medica*”. Heister (1638 – 1758) reintroduziu a palavra “traqueotomia” para esta cirurgia e Desault (1738 – 1795), fez uma distinção entre “laringotomia” (incisão da membrana da cricotireóide) e “broncotomia” ou “traqueotomia” (incisão entre os anéis da traquéia) (GRAAMANS; PIRSIG; BIEFEL, 1999).

Até o começo do século XIX, apenas 50 traqueotomias que salvaram vidas, foram relatadas na literatura e a maioria delas foi realizada em casos de sufocação aguda resultante da doença de laringe ou na tentativa de remover corpos estranhos.

A primeira vez que esta técnica foi aplicada a um paciente com câncer de laringe pode ser aquela relatada por Trousseau, em 1835. A traqueotomia não se tornou um procedimento de rotina até a metade do século XIX, depois que uma cânula ajustável foi introduzida por Trousseau em 1851. A técnica cirúrgica não mudou por mais de um século, mas a gama de indicações eventualmente ampliou, especialmente entre 1940 e 1955. Até lá, a traqueotomia era recomendada para prevenir a sufocação em pacientes com obstrução aérea superior como resultado de doenças como difteria, sífilis, tuberculose, laringite aguda, tifo, febre escarlate e abscesso do peritônio, bem como condições tais como: traumas, queimaduras, tumores, corpos estranhos e paralisia bilateral das cordas vocais (LEDERMAN, 1975).

Depois de 1940, a técnica começou a ser realizada em casos de doenças que afetavam as vias respiratórias inferiores tais como: poliomielite bulbar,

desordens neurológicas acarretando em coma, cirurgia torácica e outros casos de insuficiências respiratórias (BARRETTO, 1975).

No século XIX, a idéia da retirada total da laringe, no caso de tumores existia, mas não poderia ser colocado em prática, principalmente por causa da falta de agentes anestésicos. Victor von Bruns (1812 - 1833), muito conhecido pela sua contribuição para a cirurgia de laringe, foi relatado como sendo o primeiro a remover um pólipó pela abordagem cirúrgica na endolaringe (GRAAMANS; PIRSIG; BIEFEL, 1999).

Pierre Desaut é reconhecido por realizar a primeira laringectomia total experimental e a descrição da técnica data de 1810. De acordo com ele, em 1929, Albers ressecou na cidade de Bonn parte da laringe de dois cães sem bons resultados, (ALBERTI, 1975).

Em 1863, Sands realizou a primeira laringectomia parcial em uma mulher de 30 anos de idade com câncer. Em 1866, Watson de Edimburgo, realizou a primeira laringectomia total em um paciente do sexo masculino com a laringe seriamente danificada atribuída à sífilis terminal. Não obstante, as opiniões diferem com relação ao real tipo desta operação, que pode ter sido meramente uma traqueotomia, porque o tecido da laringe foi demonstrado somente após a morte do paciente por pneumonia algumas semana após a cirurgia (ALBERTI, 1975).

Em Viena em 1873, Theodore Billroth (1829 - 1894) foi o primeiro a realizar a laringectomia total para o tratamento do câncer. Seu paciente era um professor com 36 anos de idade com um tumor subglótico do lado esquerdo. A cirurgia inicial realizada em 27 de novembro de 1873 foi uma hemi-laringectomia e em função da recorrência do tumor, o paciente foi submetido a uma laringectomia

total, em 31 de dezembro do mesmo ano. A ele foi dada uma laringe artificial que foi criada por Gussenbauer, em 1870. O paciente morreu sete meses após a cirurgia por metástase no cérebro (ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

Vincent Czerny, jovem assistente cirúrgico de Billroth realizou várias laringectomias em cães e publicou seus resultados em 1870. Czerny, que assistiu a Billroth em sua primeira laringectomia total, também realizou sua primeira faringolaringectomia total, em 1877 (LASCARATOS et al., 2003).

A primeira laringectomia total data de 1873. Foi realizada por Billroth e apresentada por seu assistente Carls Gussenbauer, no terceiro Congresso de Cirurgiões da Alemanha, com o título de “A primeira laringectomia realizada em humanos”, feita por Theodore Billroth e a utilização da laringe artificial. Desta maneira, a primeira laringectomia e tentativa de reabilitação vocal surgiram simultaneamente (ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

Enrico Bottini, da Itália, realizou a primeira laringectomia com sucesso, com pacientes sobreviventes de longo prazo, em 1875. Seu paciente era um jovem do sexo masculino com sarcoma de laringe que sobreviveu por 10 anos após sua cirurgia.

Von Langenbeck é conhecido por realizar a primeira laringectomia ampla, com o paciente que sobreviveu quatro meses após a cirurgia. A operação combinou a ressecção de um terço da língua, porções laterais da faringe, o esôfago cervical e ambas as glândulas submaxilar (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

Em 1883, Billroth realizou a primeira laringectomia supra-glótica horizontal em uma paciente de 60 anos de idade com carcinoma da epiglote e metástase do tumor na linfa do pescoço. A paciente morreu de pneumonia cinco semanas depois da cirurgia (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

Naquele tempo, independentemente da sobrevivência pós-operatória, não eram necessários outros critérios oncológicos para que um procedimento fosse considerado de sucesso. Um ano de sobrevivência pós-operatória livre de tumor era um tempo considerado suficiente. Deve-se também ter em mente que todos esses passos importantes na evolução da laringologia foram executados antes da descoberta de antibióticos, tipos sanguíneos, transfusão, e modernas técnicas de assepsia (GOLDSTEIN; SISSON, 1996).

Ao final do século XIX, os anatomistas estudaram e descreveram a drenagem linfática da laringe. Sappey (em 1889) descreveu a circulação linfática da parte supra-glótica da laringe e Hagek (em 1891) comparou a drenagem linfática das partes supra-glótica, glótica e sub-glótica da laringe. Tais esforços foram às bases do tratamento cirúrgico dos tumores linfáticos do pescoço em casos de câncer de laringe avançados (BARRETTO, 1975).

Em 1903, George Washington Crile (1864 - 1943) enfatizou a importância da dissecação radical do tecido ganglionar comprometido do pescoço para o tratamento do câncer de laringe, uma técnica valiosa também apoiada e modificada como dissecação funcional do pescoço pelo argentino, Oswaldo Suarez em 1962. Crile introduziu a dissecação em bloco do pescoço para remover o tecido linfático contendo metástase do carcinoma do lábio, língua e da amígdala (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

Alonso, de Montevideu, em meados do século XX, foi o primeiro a realizar a laringectomia horizontal parcial. Ele também analisou as diferentes sintomatologias das várias localizações do câncer de laringe. Ele era fortemente contra a inflexibilidade dogmática na cirurgia dos tumores da laringe: pensava que o cirurgião deveria agir com liberdade para escolher a técnica e as modificações requeridas em cada caso em particular (GOLDSTEIN; SISSON, 1996).

A falta da voz em pacientes laringectomizados tem sido matéria de grande preocupação entre os laringologistas. Em 1879, Frederick Lange realizou a primeira laringectomia nos Estados Unidos da América (EUA). Seu paciente cometeu suicídio, deprimido pela falta da voz. Felix Niger, de Zurique, expressou repetidamente o medo por sua vida após a ameaça de um de seus pacientes que permaneceu sem voz após uma laringectomia bem sucedida (tumores linfáticos do pescoço) em casos de câncer de laringe avançados (BARRETTO, 1975).

Os laringologistas inicialmente introduziam a restauração da fala esofágica em pacientes laringectomizados. A voz esofágica é conhecida desde 1828 e era, até então, usada para a restauração da comunicação por pacientes com estenose de laringe (GOLDSTEIN; SISSON, 1996).

O volume diminuído da voz esofágica e a dificuldade de aprendizado, especialmente em pacientes mais idosos forçou os cientistas a inventarem dispositivos capazes de desviar o ar exalado da traquéia para a faringe. Em Budapeste, em 1859, Johann Czermak aplicou tal prótese artificial para uma jovem menina com estenose de laringe. O dispositivo criou um desvio artificial do ar do tubo de traqueostomia para a base da língua.

Em Viena, Carl Gussenbauer (1842 - 1903) aplicou a primeira prótese a um paciente que havia sido submetido à primeira laringectomia total por câncer, por Billroth. A prótese foi construída por Leiter, tinha um formato em “T” e tornava possível a comunicação entre o tubo de traqueostomia e a faringe, dando ao paciente uma voz clara e alta, mas o dispositivo tinha a desvantagem de permitir que alimentos e líquidos fossem inalados para o sistema respiratório inferior.

Uma prótese revolucionária foi aplicada pelos cirurgiões italianos Bottini e Caselli a uma paciente de 51 anos de idade totalmente laringectomizada, em 1879. O dispositivo permaneceu intacto e funcional até a morte da paciente aos 89 anos de idade (LASCARATOS et al., 2003).

Ao final do século XIX, muitos cirurgiões usaram a prótese externa de laringe, que conduzia o ar para a cavidade faríngea através de um tubo de borracha oco com um vibrador. As primeiras descrições de tal mecanismo e do procedimento foram publicadas por Taptas no jornal de laringologia de Paris “Annales des maladies de l’oreille, du larynx du nez et du pharynx” e se referiu a uma mulher que foi submetida a laringectomia total por causa de um sarcoma de laringe e tinha uma laringe artificial externa (ASSIMAKOPOULOS; PATRIKAKOS; LASCARATOS, 2003).

Em 1892, Julius Wolff construiu uma laringe artificial feita de borracha em formato de língua, que era capaz de ser mudada de tamanho pelo acionamento de um simples parafuso. Na primeira metade do século XX, a aceitação da biópsia pré-operatória, a ampla aceitação da voz faringoesofágica, bem como a evolução dos tratamentos com antibióticos e o avanço dos agentes anestésicos e os cuidados pré e pós-operatórios, levaram ao estabelecimento de operações cirúrgicas radicais como

tratamento opcional para o câncer da laringe (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

A descoberta dos raios-X por Röntgen, em novembro de 1895 e do rádio por Pierre e Marie Curie, em 1898, foi o princípio da radioterapia no tratamento do câncer da laringe. Opiniões divergem no que diz respeito ao primeiro caso da tentativa de terapia com raios-X na região da cabeça e do pescoço (LEDERMAN, 1975).

Ao final do século XIX, no começo do tratamento do câncer com irradiação, máquinas de baixo kilovolt (50 - 100 kV) produziam irradiações leves de raio-X, que eram geralmente absorvidos por tecidos superficiais, desta maneira não sendo capazes de afetar locais mais internos, tal como o sistema respiratório superior (GOLDSTEIN; SISSON, 1996).

Coolidge é relatado como sendo o primeiro a apresentar um tubo catódico quente, desta maneira possibilitando o desenvolvimento de máquinas com capacidades de 200 a 450 kV. Esse método foi introduzido por Coutard, em 1919 e foi aplicado por ele de 1920 a 1926, na Fundação Curie, em tratamento de pacientes com carcinomas das células escamosas das áreas da amígdala, da laringe e da hipofaringe (LEDERMAN, 1975).

Em 1949, ele introduziu três novas idéias básicas na radioterapia de tumores: uma técnica para evitar a lesão da mucosa e a escamação da pele do paciente depois de algumas semanas de radioterapia, a técnica da diminuição de campo e o conceito que lesões maiores requerem maiores doses do controle adequado (GOLDSTEIN; SISSON, 1996).

Becquerel descobriu a radioatividade em 1895. Logo depois da descoberta do rádio por Pierre e Marie Curie em 1898, múltiplos experimentos exibiram os efeitos potenciais da irradiação em plantas e animais inferiores. Walkoff e Giesel são relatados como sendo os primeiros a demonstrar os efeitos de materiais radioativos no tecido humano, particularmente a pele, em 1900 (LEDERMAN, 1975).

Finzi foi o primeiro a relatar o uso de irradiação externo pela aplicação de um tubo de radônio em cada lado da laringe com bons resultados. Em 1928, Finzi e Harmer, primeiro demonstraram que o câncer da laringe poderia também ser tratado colocando agulhas de rádio em contato com o pericôndrio da laringe sem a possibilidade de complicações severas que eram relatadas naquele tempo pela radioterapia externa (LEDERMAN, 1975).

O cobalto 60 radioativo foi inicialmente produzido em 1941, este poderia garantir energia de 1,2 milhões de volts com uma meia-vida de 5,3 anos e foi introduzido no tratamento de câncer por volta de 1951. Desde aquele tempo, em combinação com vários procedimentos cirúrgicos, a radioterapia tem sido usada, aplicando vários protocolos (pré-operativos, pós-cirúrgicos ou como uma técnica sanduíche) para tratamento do tumor inicial da laringe e para as metástases do pescoço (LASCARATOS; ASSIMAKOPOULOS, 2000).

A quimioterapia tem sido usada em situações de câncer de cabeça e pescoço inoperáveis e de recidiva. Atualmente, novas terapêuticas têm sido estudadas: radioterapia e quimioterapia no pré e intra-operatório, ainda sem resultados consistentes.

3.4. Reabilitação da voz após a laringectomia

O objetivo das operações de laringe do tipo conservadoras (laringectomia parcial) primeiramente é a remoção da lesão e posteriormente a manutenção da voz pela preservação das cordas vocais. A glote remanescente em combinação com o reservatório pulmonar habilita a produção satisfatória de voz. A escassez desta possibilidade em pacientes com laringectomia total cria um problema maior para laringologistas e para terapeutas da voz. Os métodos de reabilitação vocal em tais pacientes incluem o desenvolvimento da fala esofágica, o uso de vibradores mecânicos ou eletrônicos e vários procedimentos para a restauração cirúrgica da voz (STOERK, apud LASCARATOS et al., 2003).

As primeiras observações científicas na produção da fala esofágica foram relatadas por Karl Stoerk, Hans Schmid e Jacob Solis-Cohen. A baixa intensidade da voz esofágica e a dificuldade de pacientes idosos em gerenciar esta técnica levaram ao desenvolvimento de métodos para desviar o ar expirado da traquéia para a faringe. Desvios com sistemas protéticos externos eram as formas mais antigas de restauração da voz depois da laringectomia total (HOLLINGER, 1975).

Em 1859, Johann Czremak, de Budapeste, imaginou uma prótese de laringe para um caso de estenose completa da laringe para direcionar o fluxo de ar da cânula da traqueostomia para via posterior da língua. Este aparato foi o primeiro modelo de "laringe artificial" Carl Gussenbauer, de Viena aplicou um aparato similar para um caso de laringectomia total realizado por Billroth, em 1874. Este aparato consistia de um tubo na forma da letra T, que habilitava a comunicação entre a traqueostoma e a faringostoma separada.

O paciente era relatado como apto a falar com voz audível, inteligível e uniforme, mas com dificuldade em entoar a voz com timbres diferentes. Em cinco meses, o paciente faleceu pela recorrência do câncer (CZERMARK, apud LASCARATOS et al., 2003).

Em 1879, Azzio Caselli, na Itália, tinha sobreviventes de longo prazo fazendo uso de uma laringe artificial similar. Ele ajustou a laringe artificial a uma mulher por um período de 40 anos. Em 1893, Julius Wolff criou um dispositivo que produzia diferentes sons com o auxílio de uma língua de borracha. Depois Gluck introduziu a primeira reconstrução da faringe em 1894, a prótese de desvio já era utilizada.

As laringes artificiais mais antigas eram dispositivos “musicais” que incorporavam palhetas para a produção de sons energizados pelo fluxo de ar. O som introduzido aos lábios ou cavidade oral produziu uma fala articulada satisfatória. Instrumentos artificiais eficientes foram depois desenvolvidos pela Western Electric Company e John Mackenty (GUSSENBAUER, apud LASCARATOS et al., 2003).

Rumando para o final do século XIX, próteses externas de laringe foram delineadas, consistindo de um conjunto de “urros” que sopravam ar extrapulmonar para a nasofaringe através de um vibrador para cima de um tubo de borracha conectado do nariz para a nasofaringe ou através da faringotomia para a faringe. Apesar da qualidade vocal ser razoável com todas estas próteses, tem havido problemas com a respiração, com a salivação, destruição tecidual e aceitação insatisfatória (WOLFF, apud LASCARATOS et al., 2003).

3.5. Um pioneiro na reabilitação de voz após laringectomia

Um dos mais antigos pioneiros que idealizou uma prótese externa com uma válvula especial para resolver o problema de aspiração foi Nicolas Taptas. Ele aplicou este aparato em 1899 depois da laringectomia total em uma mulher Armênia de 46 anos de idade com câncer de laringe. Sua técnica foi anunciada no ano seguinte (TAPTAS, apud LASCARATOS et al., 2003).

A paciente foi submetida previamente por uma traqueotomia há oito meses em um hospital da Armênia em função de uma dispnéia resultante da violação da laringe e faringe pelo tumor. A mesma foi conduzida a clínica de Taptas com dificuldade para engolir líquidos, alimentos e com dor na garganta, em adição a um mal hálito emitido da boca e do tubo de traqueostomia.

O professor relatou que o tumor da laringe era extensivo e que o exame da boca e da faringe revelou um tumor oval que se originou da hipofaringe e obstruiu completamente o istmo orofaríngeo. A linfa cervical não foi infiltrada. A paciente estava caquética em função da má nutrição.

A biópsia, que foi conduzida em um hospital Francês em Constantinopla revelou um sarcoma da laringe. Inicialmente a paciente recusou a operação proposta, mas um mês mais tarde, como o tumor progrediu, infiltrou na área sobre o tubo de traqueostomia e criou uma fístula na área no qual o tumor se projetou, a partir de então a paciente consentiu.

Uma laringectomia total sucedeu, usando clorofórmio como anestésico. O pioneiro removeu a laringe e os tecidos vizinhos até onde macroscopicamente pode se limpar as margens. Então, suturou a faringe remanescente com o hióide danificado, deixando uma pequena abertura na parte superior da linha de sutura para

conter a saliva que corria para a ferida. A parte mais baixa foi suturada firmemente em volta da traquéia prevenindo qualquer comunicação entre a cavidade faríngea e a traquéia.

A alimentação pós-operatória da paciente foi por sonda nasoenteral nos três primeiros dias. Então, ovos, leite, café e vinho eram administrados a cada duas ou três horas usando este cateter uretral inserido através do nariz.

O período pós-operatório ficou dentro das expectativas. A abertura para a faringe formou uma fístula salina, que era esperado. Ao final da quarta semana, uma pequena abertura desta fistula salina ainda estava remanescente, que Taptas intencionalmente deixou aberta, para inserir a prótese laríngea através dela.

A laringe artificial foi colocada externamente. Ele consistia de duas partes, uma traqueal e uma faríngea. Estas partes eram conectadas com um tubo de borracha flexível para facilitar os movimentos da cabeça e pescoço.

A parte faríngea em formato de Y foi inserida com ambas as partes do “Y” na hipofaringe debaixo do hióide danificado através da fístula horizontalmente, que foi deixada aberta. A extremidade interna das partes comum do “Y” tinham uma válvula que permitia a passagem do ar expirado da traquéia para a faringe, mas impedindo alimentos e líquidos de serem aspirados nos brônquios. Esta válvula era um protótipo e foi fornecida por Collin, de Paris, que já havia produzido outros instrumentos originais para Taptas. Esta parte faríngea da laringe artificial foi mantida na posição com dois laços, que passaram através de duas colunas de uma placa de prata e então foram ajustadas em volta do pescoço.

A parte traqueal da laringe artificial era um tubo de traqueostomia externo prolongado com uma abertura em cima para ser conectada a parte faríngea

quando a paciente queria falar; ela devia bloquear com o dedo indicador a abertura externa do tubo de traqueostomia, desta maneira desviando o ar expirado dos pulmões para a faringe, passando sucessivamente das partes da laringe artificial para a boca. Este ar causava vibrações na faringe e movimentos da boca e lábios, que eram suficientemente adequados para produzir palavras completamente inteligíveis, criando desta maneira uma voz sussurrada suficientemente inteligível.

A partir da autobiografia de Taptas nos arquivos de sua família, parece que ele aplicou seus aparatos sistematicamente a muitos de seus pacientes com bons resultados funcionais (TROMPOUKIS, 2000).

A contribuição do professor para o aprimoramento da laringe artificial foi significativa porque ele foi um dos pioneiros do final do século XIX que primeiro delineou e aplicou uma prótese externa a pacientes depois da laringectomia total.

Os bons resultados não foram apenas para a reabilitação da voz mas, também, para evitar a aspiração de alimentos para os brônquios. A filosofia subjacente às funções deste dispositivo inventado por Taptas constitui a idéia básica das modernas válvulas para reabilitação da voz para o paciente laringectomizado (LASCARATOS et al., 2003).

3.6. Enfermagem e a reabilitação do paciente cirúrgico oncológico

Dentre as taxas de mortalidade existentes nas diferentes regiões brasileiras, o câncer está sempre entre as primeiras causas de morte. O câncer de laringe ocupa o sexto lugar na prevalência entre os cânceres no sexo masculino, no Estado de São Paulo e o sétimo lugar no nosso país, sendo que para os fatores de risco há uma nítida associação da ingestão excessiva de álcool com o tabagismo (ZAGO, 1999).

O câncer de laringe constitui hoje um importante problema de saúde pública mundial; é o tipo mais comum que atinge a região da cabeça e pescoço, representando 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% quando consideradas todas as doenças malignas. A estimativa realizada pela American Cancer Society no ano de 1999, trouxe ao conhecimento a situação alarmante de 10.600 casos novos de câncer de laringe, sendo que desses, 4.200 pessoas não sobreviveram (INCA, 2000; ACS, 1999).

A escolha do tratamento terapêutico tem relação direta com estadiamento do tumor apresentado pelo paciente, sendo utilizada a cirurgia com grande destaque, seguido pela radioterapia e quimioterapia. Todos esses tratamentos provocam alterações fisiológicas e psicossociais para o paciente e sua família (SONOBE, 2001).

Os pacientes acometidos com câncer de laringe, com estadiamento III e IV, são submetidos à cirurgia de laringectomia total para extirpação do tumor. Nessa cirurgia é removido toda a laringe e seus anexos, acompanhados ou não de ressecção ganglionar (esvaziamento cervical), com criação da traqueostomia e fechamento da parede faríngea. Além disso, pode ser realizada radioterapia ou quimioterapia anterior ou após a cirurgia (ZAGO; CASAGRANDE, 1992; SONOBE, 1996; NORONHA; DIAS, 1997).

A enfermagem oncológica é uma área da prática de enfermagem que atende a todas especialidades e qualquer faixa etária. A assistência ao paciente oncológico pode ser realizada em regime de internação, hospital-dia, ambulatório e no domicílio. Com o avanço dos métodos diagnósticos e tratamento do câncer, a área

de reabilitação do paciente oncológico parece ter ganho maior interesse por parte das enfermeiras (CARMAGNANI et al., 2003).

O câncer constitui uma das doenças que acarretam um estigma social à idéia de morte iminente, irreversibilidade ou incapacidade total do indivíduo, apesar das campanhas atuais de divulgação e esclarecimentos sobre as possibilidades de tratamento e cura (INCA, 2000).

O tratamento do câncer de laringe é altamente mutilatório, pela perda da voz e alteração da imagem corporal. Assim como as características sócio-econômico-educacionais, a faixa etária, o gênero, a etiologia da doença, fazem destes pacientes um grupo que merece atenção especial do enfermeiro para compreenderem a interação dos componentes bio-psico-sociais sobre a sua reabilitação (ZAGO, 1999).

Os pacientes laringectomizados foram submetidos a uma cirurgia, denominada laringectomia total, com o objetivo de erradicar o câncer. Entretanto, tal procedimento cirúrgico também acarreta alterações fisiológicas importantes: a alteração do trajeto respiratório pela traqueostomia permanente; alteração da movimentação do ombro, braço e pescoço, quando o esvaziamento cervical ganglionar é associado à cirurgia; alteração do olfato e paladar; impossibilidade da emissão da voz laríngea (SAWADA, 2002).

Essas conseqüências podem levar ao isolamento social, distúrbios no relacionamento familiar, aposentadoria precoce, depressão persistente, desesperança, dificuldades de enfrentamento com a alteração da imagem corporal e baixa auto-estima. Além disso, alteram todo o equilíbrio familiar, havendo um rompimento da sua rede de apoio (ZAGO; STOPA, 1998).

Sem dúvida, de todas as repercussões psicológicas para o paciente laringectomizado, a mais dramática é a sensação de perda de voz. Entretanto, o acesso aos métodos de reabilitação, em especial às próteses vocais, tem ajudado na superação dessa seqüela. A compreensão da gravidade da doença de base e a perspectiva de radicalidade do tratamento fazem os pacientes aceitarem a cirurgia (DEDIVITIS et al., 2000).

Entre as complicações pós-operatórias mais frequentes estão: obstrução da traquéia por secreções, estenose de traqueostomia, formação de fístula orofaringocutânea, deiscência de sutura e infecção da ferida operatória (McCALL; SHACHLETON, 1994; SAWADA et al., 1998).

Os pacientes que mais sofrem sensação de ansiedade ou depressão são os que apresentam recidiva ou complicação no tratamento. A propósito, a dor e a repercussão social e nas atividades são mais significativas nos pacientes com recorrência da doença (DEDIVITIS et al., 2000).

Mas, mesmo nos pacientes que evoluem bem do ponto de vista oncológico, é evidente que a vida muda muito. Nesse sentido, notamos, em nossa amostragem, uma repercussão na atividade social; e outro aspecto citado é a alteração no interesse e no comportamento sexual (DESANTO et al., 1995).

O câncer de laringe ameaça não só a vida, mas também traz conseqüências graves ao bem-estar do paciente, por relacionar-se de forma íntima com uma das funções primordiais para vida social e o relacionamento interpessoal, que é a voz (COSTA, 2000).

Os laringectomizados ainda se queixam de tosse e secreção traqueais excessivas, dificuldade com a higiene pessoal, problemas com secreção nasal.

Episódios mais comuns de resfriado, diminuição da capacidade física e para carregar pesos, medo de cobrir o traqueostoma e de água (PRUYN et al., 1986).

A laringectomia total provoca maiores seqüelas funcionais do que as cirurgias parciais: alteração das vias aéreas na respiração, a perda da voz, perda sensível do olfato e diminuição do paladar, diminuição da atividade motora do ombro, pescoço e membros superiores e disfagia em alguns casos, em consequência de má cicatrização ou da radioterapia. Os efeitos psicossociais das alterações provocadas pela cirurgia são relacionados ao desfiguramento, à perda da voz e aos distúrbios da deglutição (CARMAGNANI, 2003).

As modalidades terapêuticas disponíveis têm levado, no entanto, muitos pacientes a uma sobrevida maior e possibilitando ainda uma reabilitação vocal. O paciente sobrevive, mas deve enfrentar a perda da voz, o traqueostoma, a secreção traqueal indesejada, a perda do paladar, a ausência de som no ato de sorrir, o tabu de nadar e a mudança na maneira de tomar banho (MINEAR; LUCENTE, 1979).

Redko (1992) ao analisar as representações sociais dos profissionais de saúde em relação à assistência aos pacientes de um Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, identificou que estas são acentuadamente estigmatizada, isto é, as crenças certamente influenciam o comportamento para a prevenção da doença, assim como durante a evolução do seu tratamento.

A voz é o tópico mais importante para o laringectomizado. A comunicação oral é prejudicada, modificando ou impossibilitando a expressão de pensamentos, sentimentos e emoções. É fundamental que o enfermeiro faça a orientação pré-operatória, hospitalar, até preparo para alta, para esclarecimento sobre

as seqüelas cirúrgicas e as possibilidades de reabilitação vocal e conseqüentemente, de qualidade de vida (ZAGO, 1999; SONOBE, 2001, SAWADA, 2002).

A enfermeira deve acompanhar o tratamento dos pacientes que vão ser submetidos à cirurgia da laringe desde o período pré-operatório até a reabilitação. Além de ajudar o paciente a se tornar independente quanto aos seus próprios cuidados, a enfermeira pode identificar dificuldade no relacionamento interpessoal, de adaptação, financeira e encaminhar o paciente para profissionais especializados como a fonoaudióloga e outros recursos da comunidade, quando não houver uma equipe no hospital (CARMAGNANI, 2003).

A intervenção do enfermeiro durante todo o período de internação hospitalar é extremamente importante para o preparo da família para receber o indivíduo no pós-alta e possibilitar a continuidade do processo de recuperação e reabilitação do laringectomizado em sua casa (SONOBE, 2001).

3.6.1. Tipos de reabilitação vocal para os laringectomizados

Zago e Sawada (1998) em estudo realizado com a assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada, descrevem os seguintes tipos de reabilitação da voz:

- Reabilitação cirúrgica da voz, onde a neocorda vocal, consiste na confecção de um tubo de pele que conecta a traquéia à uma fístula faríngea, produzindo um mecanismo vibratório que origina uma voz modulada. Quando o paciente oblitera o traqueostoma, com o dedo, o ar expirado passa através desse tubo de pele para a faringe e à boca, possibilitando a fonação.
- Outro método consiste na confecção de uma fístula traqueo-faríngea, onde será inserida a prótese de Bloom-Singer ou Provox. A utilização da prótese é

certamente a mais fácil e a mais rápida forma de reabilitação vocal após laringectomia total.

- A eletrolaringe ou laringe eletrônica é um amplificador movido a bateria ou pilha que emite uma onda sonora contínua. Esta vibração sonora é transmitida ao ressonador buconasofaríngeo e esta pseudovoz é transformada em forma de palavra falada pelos órgãos articuladores, lábios, língua e dentes. A laringe eletrônica utilizada mais freqüentemente é a justacervical, que o paciente pressiona na região submandibular ou na porção mediana do pescoço.
- A voz esofágica tem sido o método de reabilitação vocal recomendado para os pacientes que são operados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - SP, devido a sua qualidade, inteligibilidade e naturalidade. Entretanto, há impeditivos para a emissão da voz esofágica e esses se classificam segundo as origens físicas e psicológicas, como vida solitária, problemas emocionais, falta de apoio familiar, falta de motivação e excesso de ansiedade.

De acordo com Leonard (1984) e Vieira et al. (1994), as técnicas clássicas de reabilitação vocal do laringectomizado apresentam desvantagens importantes que não podem ser ignoradas se objetivamos dar aos pacientes as maiores possibilidades de readaptação ao seu ambiente sócio-familiar. O aprendizado da voz esofágica nem sempre é conseguido e os índices de sucesso ficam mais comprometidos se usarmos como denominadores não os pacientes que fazem o treinamento, mais sim todos os pacientes que são submetidos a laringectomia total.

Segundo os mesmos autores, uma parcela importante dos pacientes laringectomizados não pode freqüentar as sessões de fonoterapia devido a problemas geográficos, sociais e econômicos. Além disso, nos bons resultados da técnica, a voz

obtida é freqüentemente de tom desagradável e limitada no seu potencial de expressão.

Os autores consideram positivo o fato do uso da laringe eletrônica dispensar treinamentos intensivos e a reabilitação poder ser obtida em uma porcentagem elevada de pacientes. Mas colocam que a qualidade é insatisfatória sendo o som produzido pelo paciente semelhante à de um robô, onde a fala não tem entonação perdendo a sua conotação sentimental e o paciente fica dependente do aparelho e ainda há custo associado ao seu uso.

Vieira et al. (1994) colocam como principais vantagens demonstradas pela técnica de Amatsu que aperfeiçoaram a sua indicação ampla, a voz de boa qualidade, a alta incidência de sucesso, a baixa incidência de aspiração, a compatibilidade com a radioterapia complementar, o desnecessário uso de prótese e aprendizado fácil. Como principais desvantagens relataram a necessidade do uso de uma das mãos para vocalização, um aumento ligeiro do tempo cirúrgico e que o traqueostoma deve ser menor para proporcionar sua oclusão e pressão aérea suficiente para a fonação.

3.6.2. Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas Laringectomizadas - GARPO

O Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas (GARPO) – Laringectomizado, foi criado em janeiro de 1990 por um grupo de profissionais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (enfermeiros-docentes, alunos de graduação e pós-graduação) interessados em contribuir para a reabilitação dos pacientes com câncer de laringe e sua família atendida nos hospitais da cidade e região. O grupo

conta com o suporte dos médicos do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do hospital (ZAGO; STOPA, 1998).

De acordo com Zago e Sawada (1998) os objetivos deste grupo visam a assistência, o ensino e a pesquisa sobre a reabilitação das pessoas laringectomizadas e tem como objetivos, o eixo integrador das atividades realizadas, o ensino de pacientes e familiares.

O GARPO - Laringectomizado, fundamenta-se no princípio da reabilitação como um processo de desenvolvimento de conhecimentos, portanto praticam o ensino individual dos pacientes e de seus familiares no período de hospitalização e após a alta hospitalar por meio de reuniões mensais do grupo, na última quarta-feira do mês (ZAGO et al., 1998).

A partir de 1999, as reuniões acontecem no Centro Educativo de Enfermagem de Adultos e Idosos, situado à Rua José Pedreira de Freitas número cinco no Campus da USP de Ribeirão Preto - SP. As principais atividades realizadas pelo grupo de acordo com Zago (1999) são:

- Desenvolver estudos sobre a reabilitação ao câncer e educação em saúde;
- Promover a assistência multiprofissional com o paciente e família, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;
- Grupo de apoio, com reuniões mensais com o paciente/família para a reabilitação;
- Desenvolver projetos de pesquisa que visam a compreensão do processo de reabilitação do laringectomizado e família e
- Desenvolver terapia pela dança e atividades físicas.

Atualmente participam desse grupo uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, assistente social, fonoaudiólogas, médicos, psicólogo, alunos de graduação em enfermagem e pós-graduação em enfermagem. O grupo atende aproximadamente 20 pacientes e familiares por mês, possui cadastrado no ano de 2003, 160 pacientes laringectomizados, provenientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e outras instituições hospitalares da região.

O Quadro 1 a seguir demonstra a participação de pacientes e familiares no grupo GARPO – Laringectomizado de 1990 a 2003.

ANO	Nº DE PACIENTES	Nº DE FAMILIARES
1990	55	10
1991	49	10
1992	62	15
1993	122	38
1994	66	19
1995	101	26
1996	100	28
1997	88	28
1998	116	54
1999	110	56
2000	126	82
2001	130	86
2002	124	65
2003	77	35

Fonte: Lista de presença das reuniões mensais do GARPO – Laringectomizado (1990-2003).

No ano de 2001, o GARPO - Laringectomizado comemorou 10 anos e está cadastrado como grupo de pesquisa e de extensão na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade São Paulo (EERP - USP) e no Centro Nacional de Pesquisa (CNPq) desde 1995. Desenvolve pesquisas, com tema relacionado ao

câncer de laringe e reabilitação do paciente laringectomizado, que vêm contribuindo para a área de conhecimento e para a assistência ao paciente laringectomizado.

3.7. Conceito de qualidade de vida

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos.

O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (BUCLEY, 2000).

Para a maioria dos autores qualidade de vida é um construto multidimensional (FERRANS; POWERS, 1992; WHOQOL GROUP, 1994; FARQUAR, 1995; DEAN, 1997; RUKHOLM; MCGIRR; POTTS, 1998), ou seja, é um conceito com alto nível de abstração e vários significados.

É necessário considerar que estes significados são diferentes para indivíduos diferentes, em lugares diferentes e tempos diferentes. Morreim (1992) afirma que qualidade de vida "não é um objeto ou coisa, mas um julgamento de valores referentes a certas circunstâncias (...) é aquilo que a pessoa julga ser e muda cada vez que a pessoa muda seu pensamento", ou seja, a pessoa muda à valorização

dependendo do momento de vida pelo qual passa, o que leva a pensar que qualidade de vida tem dinâmica própria.

Assim também crêem outros autores ao afirmarem que a qualidade de vida é determinada pelo julgamento e avaliação das condições de vida; que diferentes pessoas têm diferentes valores que levam a situações que causam impacto variado na qualidade de vida (ANDREWS; WITHEY, 1976; CAMPEBELL, 1976; FLANAGAN, 1982). Entretanto, o julgamento de uma pessoa pode ser influenciado pelo seu nível de bem-estar e satisfação com a vida.

Não há consenso, afinal, sobre a definição de qualidade de vida, dada sua subjetividade, pela concepção individual do que significa ter uma boa vida. Entretanto, aceitar a premissa de qualidade de vida é um conceito multifacetado que demanda identificar a estrutura conceitual e seus elementos (DEAN, 1997), o que não é regra geral em vários estudos que abordam esse assunto.

Flanagan (1978) identifica 15 domínios, categorizados em cinco grupos:

- bem-estar físico e material;
- relações com outras pessoas;
- atividades sociais, comunitárias e cívicas;
- desenvolvimento e desempenho pessoal e
- recreação.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu recentemente um instrumento (WHOQOL - 100) para avaliar qualidade de vida (QV) numa perspectiva transcultural, com versão em português (FLECK et al., 1999). Considera o conceito de qualidade de vida subjetivo, multidimensional incluindo facetas da

vida positivas (exemplo: mobilidade, desempenho de papel, contentamento) e negativas (exemplo: fadiga, dor, dependência de medicação, sentimentos negativos).

Seis domínios fazem parte da abordagem proposta pelo WHOQOL GROUP:

- psicológico;
- físico;
- nível de dependência;
- relações sociais;
- ambiente e
- espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Cada domínio é sintetizado por vários sub-domínios (facetas) da qualidade de vida. A qualidade de vida é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994).

Alguns pesquisadores chegaram à definição da qualidade de vida em termos de satisfação com a vida. Entre eles estão os trabalhos de Laborde e Powers (1980) que abordam a qualidade de vida no passado, presente e futuro, e o de Young e Longman (1983) em que a qualidade de vida é medida de acordo com o grau de satisfação com as circunstâncias da vida no momento presente.

A satisfação também está descrita no estudo de Burckhardt (1995), que considerou qualidade de vida como um misto de:

- satisfação;
- bem-estar físico e mental;

- boas relações com os outros;
- lazer;
- realização e
- desenvolvimento pessoal.

Ferrans e Powers (1985; 1992) conceituam qualidade de vida como a "sensação de bem estar da pessoa causada pela satisfação ou insatisfação nas áreas de vida importantes para ela". Escolheram a satisfação porque sugere uma "experiência cognitiva, que melhor se adapta conceitualmente à idéia de que qualidade de vida é determinada pelo julgamento e avaliação das condições de vida" e porque acreditam que este é o indicador mais importante da qualidade de vida. Consideram que os diferentes valores e crenças de cada indivíduo causam variado impacto na sua qualidade de vida.

Essas autoras delineiam quatro dimensões baseadas numa extensa revisão de literatura, que englobam indicadores específicos como condições físicas, salário, autoconceito, fé pessoal e estado conjugal, dentre outros. São elas:

- saúde e funcionamento;
- sócio-econômica;
- psicológica e espiritual e
- família.

Olderidge (1986), discorre sobre qualidade de vida como sendo "as satisfações que fazem a vida da pessoa valer a pena" - como a pessoa sente e vive o seu cotidiano.

É interessante observar o número de vezes que o termo satisfação aparece nas dimensões de qualidade de vida. Mas, em várias definições de qualidade de vida,

como a de Oleson (1990), aparece a palavra felicidade. As percepções individuais dos níveis de satisfação e de felicidade em relação aos outros níveis de vida indicam como os indivíduos experienciam sua qualidade de vida. Essa autora define a qualidade de vida como:

"experiência cognitiva manifestada pela satisfação com domínios de vida de importância para o indivíduo e uma experiência afetiva manifestada pela felicidade com importantes domínios de vida".

Para essa mesma autora, a satisfação com os domínios da vida de importância para os indivíduos tende a ser mais estável ao longo do tempo do que a felicidade. A felicidade refletiria a extensão na qual sentimentos positivos pesam mais do que sentimentos negativos.

Nordenfelt (1996) aborda felicidade e propõe um conceito subjetivo de qualidade de vida, identificado com a dimensão de felicidade e infelicidade com a vida. Ele acredita que uma pessoa é completamente feliz com a vida se, e somente se, suas condições de vida forem exatamente o que ela quer que sejam. Esta constitui a estrutura de sua teoria de felicidade *want equilibrium* (relação entre desejos e desejos satisfeitos).

Para Campbell (1976), nível da satisfação é a discrepância percebida entre aspiração e alcance, indo da percepção de realização à carência.

Se for resgatado afinal, que qualidade de vida tem dimensões tão essenciais quanto imprecisas, e por definição, mede o julgamento da pessoa sobre fenômenos da sua própria vida aos quais atribui valor, os itens deveriam ser aqueles que ela valoriza, relacionados com a importância que ela atribui a estes mesmos itens

que afetam sua qualidade de vida, ou se correria o risco de ter apenas uma visão reducionista, sobre a ótica de quem faz a pesquisa.

Não é muito simples mensurar a qualidade de vida, considerando que, sendo um conceito difícil e pouco preciso para definir, é igualmente difícil de medir, mas, como afirma Polit e Hungler (1995), "seja o que existir existe em determinada quantidade e pode ser mensurado". Spitzer (1987), por outro lado, considera que não há "modelo de ouro" para medir a qualidade de vida.

Assim, a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação dimensão a ser adversa a drogas) (MOHIDE et al., 1992).

A oncologia foi à especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar "anos à vida", era deixada de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos" (BULLINGER; ANDERSON; CELLE, 1993).

Em uma série, encontrou-se pequena correlação entre questionários aos quais pacientes laringectomizados e seus médicos foram submetidos quanto à qualidade de vida. Concluiu-se que a equipe de saúde não pode aferir eficientemente a qualidade de vida, mas sim os próprios pacientes, é que devem ser investigados quanto a isso. Os achados foram semelhantes em outra série, em que os profissionais de saúde foram considerados inaptos para avaliar as prioridades dos laringectomizados (MOHIDE et al., 1992).

Há duas abordagens para se medir qualidade de vida na opinião de Guyatt et al. (1989) e Linde (1996): por meio de instrumentos genéricos que incluem a avaliação do perfil de saúde e a partir de instrumentos específicos de doença. Como ambos fornecem diferentes informações, o investigador pode usar os dois concomitantemente.

Exemplos de instrumentos que avaliam o perfil de saúde são, entre muitos outros, o Sickness Impact Profile (BERGNER et al., 1981), o Medical Outcome Study Short Form - 36 (WARE; SHERBOURNE, 1992) e o Nottingham Health Profile (HUNT et al., 1980).

Instrumentos específicos que avaliam a qualidade de vida dos portadores de doenças são úteis em estudos clínicos, pois focalizam aspectos do estado de saúde, função ou faixas etárias específicas para a área de interesse. Pode ser específico para uma doença (como asma, insuficiência coronariana), para uma população (como idosos), para uma certa função (como sono ou função sexual) ou para um problema (como dor). Sua desvantagem é não ser, por vezes, compreensível e não ter tido suas prioridades psicométricas verificadas (LINDE, 1996).

Este é um ponto abordado atualmente por muitos pesquisadores, como Guyatt, Feeny e Patrick (1993), Jenkinson (1995), Linde (1996) e Heyland et al. (1998) entre outros, que têm avaliado a qualidade de vida e identificado um grande número deles sem estimativas de qualidade e confiabilidade.

A validade e a confiabilidade são critérios utilizados para auxiliar na avaliação da qualidade de um instrumento antes de sua utilização. A confiabilidade ou fidedignidade mostra se resultados semelhantes podem ser obtidos em condições similares. Quanto menor a variação, ao mensurar-se repetidas vezes um atributo,

maior a sua confiabilidade. Uma das formas de se verificar a confiabilidade é estimar a sua consistência interna (homogeneidade), ou seja, verificar se as subpartes do instrumento estão mensurados na mesma característica.

Outro critério, a validade, indica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir. Ambos denotam a eficiência de um instrumento e colaboram para sua qualidade. Um instrumento pode ser confiável sem ser válido, mas um instrumento não confiável não pode ser válido, ou seja, a fidedignidade é uma condição necessária, mas não suficiente, para a validade, pois os examinadores podem produzir dados fidedignos, mas que não correspondem à verdade (MARI, 1989; ERTHAL, 1993; POLIT; HUNGLER, 1995; JACOBSON, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HEYLAND et al., 1998).

A discussão sobre a forma de medir a qualidade de vida, sobre sua definição e suas dimensões ainda não foi esgotada, mas parece haver consenso de que é um fenômeno subjetivo e que muda ao longo do tempo, havendo necessidade de incorporar os valores e preferências dos pacientes no instrumento de medida por que é o que diferencia a qualidade de vida de outras medidas de saúde.

A forma de comunicação após a cirurgia de laringectomia total constitui-se num grande problema a ser enfrentado e está diretamente ligada a qualidade de vida, uma vez que a comunicação é o fator essencial de qualquer relacionamento.

Entende-se que a avaliação da qualidade de vida envolve uma série de fatores multidimensionais como bem-estar físico, emocional, social e espiritual. No entanto, interessa-se em estudar o aspecto da satisfação da comunicação do paciente após a cirurgia de laringectomia total, por considerar a comunicação como um

processo que influencia todas as dimensões do indivíduo, a nível intrapessoal e interpessoal.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Modelo do processo de comunicação segundo BERLO (1979)

Berlo (1979) demonstrou que o norte americano comum gasta cerca de 70% do seu tempo ativo comunicando-se verbalmente: ouvindo, falando, lendo e escrevendo, nesta ordem. Em outras palavras, colocou que cada um de nós gasta de 10 a 11 horas por dia, todos os dias, em comportamentos de comunicação verbal.

A linguagem é apenas um dos códigos que usamos para exprimir as idéias. Birdwhistell (1954) e outros estudaram a comunicação por formas não-verbais: por expressões faciais, por movimentos das mãos e dos braços. Empregando câmaras infravermelhas e outros dispositivos como o "medidor de gestos", os pesquisadores observaram os movimentos gerais do corpo de espectadores de cinema e televisão e apuraram que as platéias comunicam seu interesse por esses movimentos corporais.

Hall (1959), no livro "The Silent Language", fala em outras espécies de sinais usados pelas pessoas para exprimir sua atitude, por exemplo: quantos minutos se podem chegar atrasado a um encontro sem comunicar desrespeito; ou a que distância uma pessoa se mantém de outra para comunicar que a conhece, mas não é sua amiga. Os cenógrafos e os redatores publicitários usam a cor, o tamanho e a distância como sinais de comunicação.

Contudo para Berlo (1979), tudo aquilo a que as pessoas possam atribuir significações pode ser e é usado em comunicação. O comportamento comunicativo tem um campo de ação tremendamente amplo.

4.1.2. Objetivo da comunicação

Aristóteles definiu o estudo da retórica (comunicação) como a procura de "todos os meios disponíveis de persuasão". Discutiu outros possíveis objetivos de quem fala, mas deixou nitidamente fixado que a meta principal da comunicação é a persuasão, a tentativa de levar outras pessoas a adotarem o ponto de vista de quem fala. Esta forma de ver o objetivo da comunicação continuou aceita até a última parte do século XVIII, embora a ênfase se tivesse deslocado dos métodos de persuasão para o que houvesse de "bom" em quem falava.

Uma crítica final a este tratamento da definição de objetivo é a de que ele, comumente, não se concentra no comportamento, mas na mensagem. Com demasiada freqüência olhamos a mensagem (discurso, manuscrito, peça teatral, anúncio), a fim de determinar o objetivo de comunicação. Do ponto de vista do *behaviorista*, é mais útil definir o objetivo como a meta de um criador ou receptor da mensagem do que como a qualidade de mensagem em si.

Berlo (1979) sugere a necessidade de reanalisarmos os objetivos da comunicação, e ao fazê-lo, devemos empregar ao menos quatro critérios, para a nossa definição de objetivo. O objetivo da comunicação deve ser especificado de maneira tal que:

1. Não seja logicamente contraditório ou incoerente consigo mesmo;
2. Se concentre no comportamento; isto é, seja expresso em termos de comportamentos humanos;
3. Seja específico o bastante para que possamos relacioná-lo com o real comportamento de comunicação e
4. Seja coerente com os meios pelos quais as pessoas se comunicam.

De acordo com o mesmo autor, objetivo básico na comunicação é nos tornar agentes influentes, é influenciarmos os outros, o nosso ambiente físico e nós próprios, é nos tornar agente determinante, é termos opção no andamento das coisas, ou seja, nós nos comunicamos para influenciar - para influenciar com intenção.

4.1.3. Conceito de processo

O "processo" é definido como "qualquer fenômeno que apresente contínua mudança no tempo", ou "qualquer operação ou tratamento contínuo". Quinhentos anos antes do nascimento de Cristo, Heráclito destacou a importância do conceito de processo, ao declarar que um homem não pode entrar duas vezes no mesmo rio; o homem será diferente e assim também o rio (BERLO, 1979).

Ao aceitarmos este conceito de processo, veremos os acontecimentos e as relações como dinâmicos, em evolução, sempre em mudança, contínuos. Quando chamamos algo de processo, queremos dizer também que não tem um começo, um fim, uma seqüência fixa de eventos. Não é coisa estática, parada. É móvel. Os ingredientes do processo agem uns sobre os outros; cada um influencia todos os demais.

A teoria da comunicação reflete esse ponto de vista de processo. O teórico da comunicação rejeita a possibilidade de que a natureza consista em acontecimentos ou ingredientes separáveis de todos os demais acontecimentos. Alega que não se pode falar em começo ou o fim da comunicação, nem dizer que determinada idéia veio de uma fonte específica, que a comunicação ocorre apenas numa direção.

A base do conceito de processo é a crença de que a estrutura da realidade física não pode ser descoberta pelo homem; ela tem de ser criada pelo homem. Ao

"construir" a realidade, o teórico prefere organizar suas percepções de uma forma ou de outra.

Prefere-se dizer que podemos denominar certas coisas como "elementos" ou "ingredientes", será por saber que não descobriu coisa alguma, mas que criou um conjunto de instrumentos que podem ou não ser úteis na análise ou descrição do mundo. Ele reconhece que certas coisas podem preceder outras, mas que, em muitos casos, a ordem de precedência varia de situação para situação. Isto não quer dizer que não possamos dar ordem aos acontecimentos. A dinâmica do processo tem limitações; não obstante, há mais de uma dinâmica possível de ser desenvolvidas em quase todas as combinações de acontecimentos.

Com o conceito de processo, se pode aproveitar melhor a análise dos ingredientes da comunicação, dos elementos que parecem necessários (se não apenas suficientes) para que haja a comunicação. É preciso ver os elementos tais como: quem está comunicando, porque está comunicando, e com quem se está comunicando. É necessário ver os comportamentos de comunicação: as mensagens produzidas, o que as pessoas procuram comunicar, bem como, observar o estilo à forma como as pessoas tratam suas mensagens, bem como examinar os meios de comunicação, os canais que as pessoas usam para que suas mensagens cheguem aos ouvintes, aos leitores.

Segundo Berlo (1979) é preciso alistar os elementos do processo de comunicação que devemos levar em conta quando:

- a) Iniciamos a comunicação;
- b) Respondemos a comunicação ou
- c) Servimos como observadores ou analistas da comunicação.

4.1.4. Ingredientes da comunicação

Na Retórica, Aristóteles disse que devemos olhar para três ingredientes na comunicação: quem fala, o discurso e a audiência. Quis dizer que cada um destes elementos é necessário à comunicação e que podemos organizar nosso estudo do processo sob três títulos:

- 1) a pessoa que fala;
- 2) o discurso que faz e
- 3) a pessoa que ouve.

A maioria dos atuais modelos de comunicação são similares ao de Aristóteles, embora um tanto mais complexos. Um dos modelos contemporâneos mais usados foi elaborado em 1947 pelo matemático Claude Shannon e pelo engenheiro eletricitista Warren Weaver. Shannon e Weaver nem mesmo tratavam de comunicação humana. Trabalhavam no “*Bell Telephone Laboratory*” e falavam de comunicação eletrônica. Mas, mesmo assim, os cientistas do comportamento julgaram o modelo Shannon-Weaver útil na descrição da comunicação humana (BERLO, 1979).

O modelo Shannon-Weaver é, por certo, coerente com a opinião de Aristóteles. Disseram eles que os ingredientes da comunicação incluem:

- 1) a fonte,
- 2) o transmissor,
- 3) o sinal,
- 4) o receptor e
- 5) o destinatário.

Se traduzirmos a fonte como pessoa que fala, o sinal como o discurso e o destinatário como o ouvinte, teremos o modelo aristotélico, acrescido de dois ingredientes: o transmissor, que envia a mensagem da fonte, e o receptor, que capta a mensagem para o destinatário.

4.1.5. Um modelo do processo de comunicação

Pode-se dizer que toda a comunicação humana tem alguma fonte, uma pessoa ou um grupo de pessoas com um objetivo, uma razão para empenhar-se em comunicação. Estabelecida uma origem, com idéias, necessidades, intenções, informações e um objetivo a comunicar, torna-se necessário o segundo ingrediente. O objetivo da fonte tem de ser expresso em forma de mensagem. Na comunicação humana, a mensagem existe em forma física - a tradução de idéias, objetivos e intenções num código, num conjunto sistemático de símbolos.

Mas, de que forma os objetivos da fonte são traduzidos num código, numa linguagem? Isso requer o terceiro ingrediente: o codificador, responsável por pegar as idéias da fonte e pô-las num código, exprimindo o objetivo da fonte em forma de mensagem. Na comunicação de pessoa para pessoa, a função codificadora é executada pelas habilidades motoras da fonte - seu mecanismo vocal (que produz a palavra oral, gritos, notas musicais), o sistema muscular da mão (que produz a palavra escrita, desenhos), os sistemas musculares de outras partes do corpo (que produzem os gestos da face e dos braços, a postura).

Quando se fala sobre situações de comunicação mais complexas, é comum separarmos a fonte do codificador. Temos a fonte de comunicação com um objetivo, e o codificador que traduz ou exprime este objetivo em forma de mensagem.

O quarto ingrediente da comunicação, segundo Berlo (1979), é o canal. Onde se pode considerar os canais de várias maneiras. A teoria da comunicação apresenta pelo menos três significados para a palavra "canal". Por ora, basta dizer que o canal é o intermediário, o condutor de mensagens. É certo dizer que as mensagens podem existir apenas em algum canal; entretanto, a escolha dos canais é muitas vezes fator importante na efetividade da comunicação.

Introduzimos já a fonte, o codificador, a mensagem e o canal. Se pararmos aqui, nenhuma comunicação terá ocorrido, pois para haver comunicação deve haver alguém na outra ponta do canal. Se temos um objetivo e codificamos a mensagem e a colocamos neste ou naquele canal, teremos feito apenas parte do trabalho. Se falamos, alguém deve ouvir; quando escrevemos, alguém deve ler. A pessoa na outra extremidade do canal pode ser chamada de receptor da comunicação, o alvo da comunicação.

As fontes e os receptores de comunicação devem ser sistemas similares. Se não o forem, não pode haver comunicação. Podemos ir mais um passo além e dizer que a fonte e o receptor podem ser (e o são, muitas vezes) a mesma pessoa; a fonte pode comunicar-se com ela própria - ouve o que ela mesma diz, lê o que ela mesma escreve; ela pensa. Em termos psicológicos, a fonte pretende produzir um estímulo. O receptor reage a esse estímulo se há comunicação; se não reagir, é porque não houve comunicação.

Assim como a fonte precisa de codificador para traduzir seus objetivos em forma de mensagem, para expressar seu objetivo num código, o receptor precisa do decodificador para retraduzir, para decifrar a mensagem e pô-la em forma que possa usar. Diz-se que na comunicação de pessoa para pessoa o codificador seria o

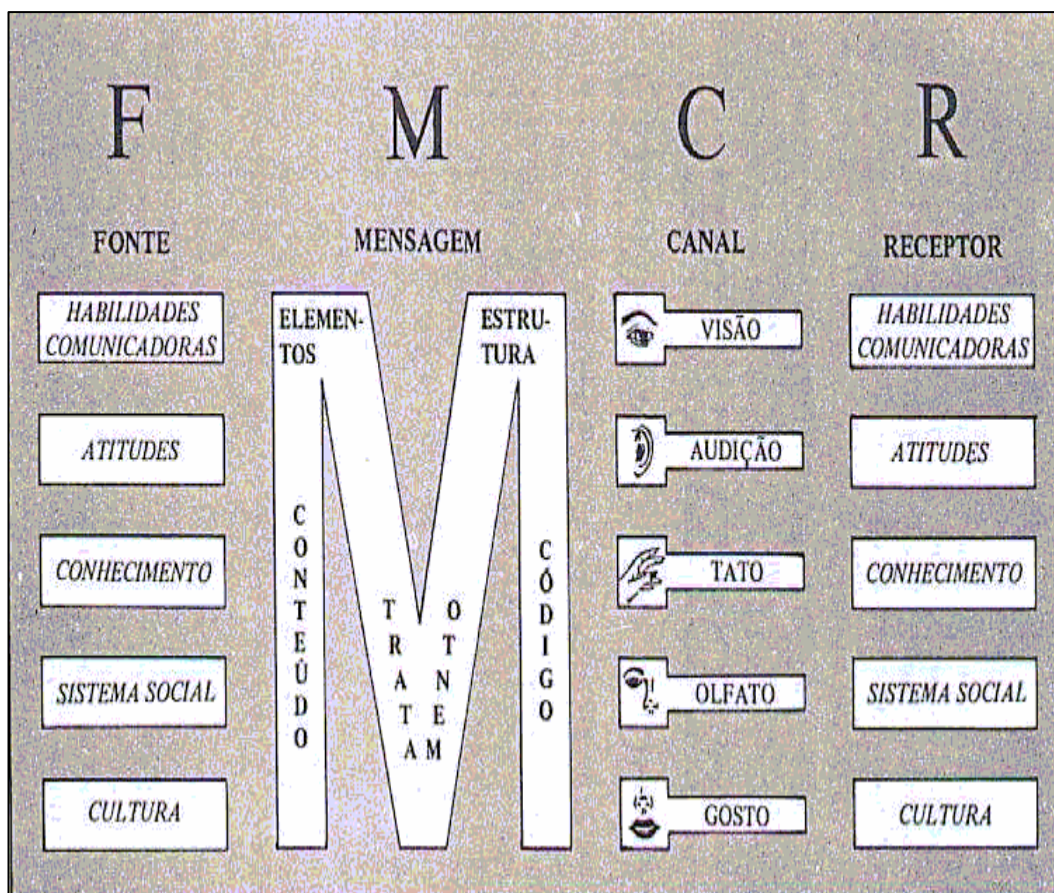
conjunto de habilidades motoras da fonte. Assim também, podemos considerar o decodificador como o conjunto de habilidades sensórias do receptor. Em situações de comunicação de uma ou duas pessoas, o decodificador pode ser considerado como sendo os sentidos.

São estes, pois, os ingredientes que Berlo (1979), inclui no estudo de um modelo do processo de comunicação:

- 1) a fonte;
- 2) o codificador;
- 3) a mensagem;
- 4) o canal;
- 5) o decodificador e
- 6) o receptor.

A análise da comunicação pode ser feita sobre instituições ou sobre pessoas especificamente. O modelo é aplicável igualmente a ambas e representa um ponto de vista, uma forma de encarar o comportamento, seja individual, seja institucional, conforme demonstra a Figura 1.

FIGURA 1 - Modelo dos ingredientes da comunicação segundo Berlo, 1979.



Fonte: Berlo, D. K. O processo de comunicação: introdução à teoria e à prática, 1979.

4.1.6. Habilidades da comunicação

De acordo com Berlo (1979), há cinco habilidades verbais da comunicação. Duas são codificadoras: a escrita e a palavra. Duas são decodificadoras: leitura e audição. A quinta é crucial tanto para a codificação como para a decodificação: é o pensamento ou o raciocínio. O pensamento é essencial não só para codificar, já que está também compreendido no próprio objetivo.

Há objetivamente, outras habilidades codificadoras, como a pintura, o desenho, e o gesto; entretanto, o que se diz sobre a escrita e a palavra pode ser generalizada igualmente quanto às outras habilidades codificadoras.

Como codificadores-fontes, os nossos níveis de habilidade comunicativa determinam de duas formas a fidelidade de nossa comunicação. Primeiro, influenciam a nossa capacidade de analisar os próprios objetivos e intenções, de dizer alguma coisa quando nos comunicamos. Segundo influenciam a nossa capacidade de codificar mensagens que expressem o que pretendemos.

A facilidade lingüística de uma fonte de comunicação é fator importante no processo de comunicação e com isso ficaremos limitados em nossa capacidade de exprimir os nossos objetivos se não tivermos habilidades comunicadoras capazes de codificar mensagens corretas. Além disso, as nossas deficiências de habilidades comunicadoras limitarão as idéias de que dispomos e a nossa capacidade de manipular essas idéias e de pensar (BERLO, 1979).

4.1.7. Atitudes

As atitudes de uma fonte de comunicação influenciam os meios pelos quais ela comunica. Infelizmente, a palavra "atitude" não é fácil de definir. Realmente, os cientistas sociais têm ainda grande dificuldade em determinar o que querem dizer com "atitude" (BERLO, 1979).

As atitudes da fonte para com qualquer pessoa ou objeto relevante para a situação de comunicação influenciarão o seu comportamento. Os três tipos de atitudes mencionados são relevantes para a maioria das situações de comunicação: a atitude da fonte para:

- a) consigo;
- b) com o assunto e
- c) com o receptor.

4.1.8. Nível de conhecimento

O conhecimento do processo de comunicação por si influencia o comportamento da fonte. O que e como a fonte comunica dependem de sua capacidade de fazer análise.

Em outras palavras, o seu comportamento de comunicação é influenciado pelo quanto ela sabe sobre as próprias atitudes, sobre as características do receptor, sobre os meios pelos quais poderá produzir ou tratar as mensagens, sobre as várias escolhas que poderá produzir ou tratar as mensagens, sobre as várias escolhas que poderá fazer de canais de comunicação. O conhecimento da comunicação influencia o comportamento da comunicação (BERLO, 1979).

4.1.9. Sistema sócio-cultural

De acordo com Berlo (1979), nenhuma fonte comunica como livre agente, sem ser influenciada por sua posição no sistema sócio-cultural. Precisa-se, é claro, levar em conta os fatores pessoais da fonte: suas habilidades comunicadoras, atitudes e conhecimentos. Mas é preciso saber mais que isto. É necessário conhecer o tipo de sistema social que ela opera, saber onde se encaixa neste sistema social, o papel que desempenha, as funções a que é chamada a executar, o prestígio que ela própria e outras pessoas lhe atribuem. Precisa-se conhecer o contexto cultural no qual se comunica, as crenças e valores culturais que lhe parecem dominantes, as formas de comportamento aceitáveis, exigidas ou não exigidas em sua cultura, bem como saber sobre as suas expectativas tanto como as de outros a seu respeito.

Pessoas de diferentes classes sociais comunicam-se de forma diferente. Pessoas de passados culturais diferentes comunicam-se diferentemente. Os sistemas social e cultural determinam em parte as escolhas de palavras que as pessoas fazem,

os objetivos que têm para comunicar, os canais que usam para esta ou aquela espécie de mensagem.

A posição da fonte no contexto social e cultural influencia o seu comportamento geral de comunicação. É também certo que a fonte cumpre muitos papéis e tem percepções ou imagens variáveis sobre a posição social e cultural do receptor. Estas percepções influenciam o seu comportamento de comunicação.

Segundo Berlo (1979) há pelo menos quatro espécies de fatores que agem sobre o codificador-fonte de comunicação e cada um deles influencia o seu comportamento comunicativo, seu objetivo, seus mecanismos codificadores, suas mensagens. Cada um influencia o modo pelo qual o receptor responderá suas mensagens. Os fatores da fonte são:

1. Habilidades comunicadoras;
2. Atitudes;
3. Nível de conhecimento e
4. Sistema sócio-cultural.

Quando se serve como fontes de comunicação, quando se observa outras pessoas comportando-se como codificadores-fontes, devemos levar em conta todos os quatro fatores se deseja compreender por que uma fonte de comunicação se comporta, como o faz e porque é ou não eficiente em comunicar seus objetivos a outras pessoas.

4.1.10. Receptor-decodificador

De acordo com Berlo (1979), o receptor-decodificador é o segundo ingrediente do modelo. As pessoas que ficam nas duas extremidades do processo de

comunicação são muito similares. De fato, quando se empenha na comunicação intrapessoal, fonte e receptor são uma só pessoa.

Aquele que é fonte num instante já foi receptor. As mensagens que produz são determinadas pelas mensagens que tenha recebido, pelas forças a ele impostas antes do momento de codificar. O mesmo vale para o receptor, que também pode ser visto como fonte. Em dada situação de comunicação, ele muitas vezes se comporta quer como fonte quer como receptor.

Tendo em mente este ponto de vista, pode-se falar sobre o receptor-decodificador em termos de habilidades comunicadoras. Se o receptor não tem a capacidade de ouvir, de ler, de pensar, não será capaz de receber e decodificar as mensagens que o codificador-fonte lhe transmitiu.

Pode-se falar no receptor em termos de atitudes. O modo como decodifica a mensagem é determinado em parte por suas atitudes para consigo mesmo, para com a fonte e para com o conteúdo da mensagem. Todas as coisas que dissemos sobre as atitudes da fonte se aplicam igualmente ao receptor.

Pode-se falar sobre o receptor em termos de nível de conhecimento. Se não conhece o código, não entenderá a mensagem. Se nada sabe sobre o conteúdo da mensagem, provavelmente também não poderá entendê-la. Se não compreender a natureza do processo de comunicação em si, são grandes as perspectivas de que entenda mal as mensagens, tire conclusões incorretas sobre os objetivos ou intenções da fonte, falhe na consecução do que pode ser do seu próprio interesse.

Pode-se falar do receptor, em termos de cultura e de posição do sistema social. O seu status social, os componentes do seu grupo, suas formas habituais de conduta, influenciam os modos pelos quais recebe e interpreta as mensagens.

Vale a pena mencionar ainda outro ponto sobre a importância do receptor na comunicação. Ao limitar-se o debate à comunicação efetiva, o receptor é o elo mais importante do processo e comunicação. Se a mensagem não atingir o receptor, de nada adiantou enviá-la. Um dos pontos de maior importância na teoria da comunicação é a preocupação com a pessoa que está na outra ponta da cadeia de comunicação: o receptor.

Quando a fonte escolhe um código para a mensagem, deve escolher um que seja conhecido do receptor. Quando a fonte seleciona o conteúdo, a fim de refletir seu objetivo, seleciona um conteúdo que tenha significação do receptor. Quando trata a mensagem de alguma forma, parte desse tratamento é determinada pela sua análise das habilidades de comunicação (decodificação) do receptor, de suas atitudes, conhecimentos e posição no contexto sócio-cultural. A única justificção para a existência da fonte, para a ocorrência da comunicação, é o receptor, o alvo ao qual tudo é destinado.

Pode alegar-se, que as habilidades comunicadoras da fonte são importantes no capacitá-la a criar e codificar um objetivo. As habilidades do receptor têm valor no capacitá-lo a decodificar e decidir sobre a mensagem. Mas a relação entre o nível de habilidade da fonte e do receptor é determinante vital da fidelidade. Uma fonte pode ter elevado nível de habilidade não igualado por um receptor mas igualado por outro. Não podemos prever o êxito da fonte apenas pelo seu nível de habilidade – temos de considerá-lo em relação com os níveis de determinados receptores.

4.1.11. A mensagem

Berlo (1979) define mensagem como produto físico real do codificador-fonte. Quando se fala, o discurso é a mensagem. Quando se escreve, a escrita é a mensagem. Quando se pinta, a pintura é a mensagem. Quando se gesticula, os movimentos dos braços, as expressões do rosto são uma mensagem.

Segundo o autor pelo menos três fatores precisam ser levados em conta na mensagem:

- 1) o código;
- 2) o conteúdo e
- 3) o tratamento.

Ao discutir-se o código, o conteúdo e o tratamento como fatores da mensagem, pode-se distinguir duas coisas:

- a) os elementos de cada um e
- b) o modo como os elementos são estruturados.

4.1.12. Elementos e estrutura

É correto dizer que tudo o que existe contém elementos. É também correto dizer que qualquer conjunto de elementos tem de ser combinado em alguma estrutura. Não podemos ter uma coisa sem a outra, mas a distinção entre elementos e estrutura é útil quando falamos a respeito de muitas coisas, inclusive sobre mensagens (BERLO, 1979).

O nível de análise varia segundo o objetivo; entretanto, sempre que se analisa a mensagem, na comunicação, pode-se ver o seu código, o conteúdo e a forma como foi tratada. No exame destes três elementos estruturais da mensagem,

podemos considerar ambos: elementos e estrutura do código, elementos e estrutura do conteúdo e elementos e estrutura do tratamento.

4.1.13. Código da mensagem

Um código pode ser definido como qualquer grupo de símbolos capaz de ser estruturado de uma maneira a ter significação para alguém. Os idiomas são códigos. A língua inglesa é um código: contém elementos (sons, letras, palavras) que são dispostos em certas ordens que têm significação e não em outras ordens.

É código tudo o que contém um grupo de elementos (o vocabulário) e um conjunto de métodos para combinar esses elementos de forma significativa (a sintaxe). Para saber se determinado conjunto de símbolos constitui um código, basta isolar o seu vocabulário e verificar se há modos sistemáticos (estruturas) de combinar elementos.

Da mesma forma, se quisermos aprender algum código, "decifrar um código", devemos examinar os elementos aparentes e procurar os meios coerentes em que os elementos estejam, estruturados. Esta espécie de talento é útil na inteligência militar, bem como na reconstrução de línguas "mortas", de idiomas em desuso e dos quais tenhamos registros.

Sempre que codificamos uma mensagem, temos de tomar certas decisões sobre o código que se usará. Precisa-se decidir:

- a) qual o código;
- b) quais os elementos do código e
- c) que método de estruturar os elementos do código se escolherá.

Em seguida, quando se analisa o comportamento da comunicação, as mensagens, precisa-se incluir na análise as decisões da fonte sobre o código como parte da análise de estrutura (BERLO, 1979).

4.1.14. Conteúdo da mensagem

Berlo (1979) define conteúdo como o material da mensagem, escolhido pela fonte para exprimir seu objetivo.

O conteúdo, como o código, tem elementos e estrutura. Se tentarmos apresentar três peças de informação, teremos de apresentá-las em alguma ordem. Cada afirmativa pode ser considerada como elemento do conteúdo (naturalmente, cada uma é, por si, resultante da estruturação de nível inferior). As formas escolhidas para dispor as informações determinam em parte a estrutura do conteúdo.

4.1.15. Tratamento da mensagem

De acordo com Berlo (1979) alista-se o código e conteúdo como fatores da mensagem. Ao se falar de cada um, sugere que o codificador-fonte tem escolhas ao seu dispor. Ao codificar a mensagem, a fonte pode escolher um ou outro código, pode escolher este ou aquele conjunto de elementos componentes do código, pode escolher um ou outro método de dispor elementos do código.

Ao apresentar a mensagem que exprima o seu objetivo, a fonte seleciona uma ou outra peça de informação, um ou outro conjunto de afirmações, um ou outro conjunto de evidências. Pode dispor do conteúdo desta ou daquela forma. Pode repetir parte dele. Pode resumir todo ele, no fim. Pode deixar parte dele para que o receptor a complete, caso queira fazê-lo.

Na seleção dos elementos e da estrutura tanto do código como do conteúdo, a fonte tem muitas decisões a tomar, muitas disponibilidades entre as quais

escolher. Ao fazer estas escolhas, ela demonstra o seu estilo de comunicar - trata a sua mensagem de certos modos. Enfim, define-se o tratamento da mensagem como sendo as decisões que a fonte de comunicação toma para selecionar e dispor tanto o código como o conteúdo.

Quando se decodifica mensagens, faz-se inferências quanto ao objetivo da fonte, suas habilidades de comunicação, suas atitudes para conosco, seu conhecimento, sua condição. Tenta-se estimar que espécie de pessoa produziria tal tipo de mensagem. Com frequência decidimos sobre qual objetivo da fonte, que tipo de "personalidade" ela tem, a que objetivos dá valor ou em que acredita, o que considera sem valor.

Em suma, Berlo (1979), lista três fatores pertinentes à mensagem produzida pelo codificador-fonte: o código, o conteúdo e o tratamento. Ao comunicar, ao analisar a comunicação de outros, deve-se concentrar a atenção no conjunto de símbolos (o código) que a fonte usou para produzir a mensagem. Analisa-se o conteúdo: quais as idéias expressas ou as informações participadas? Analisa-se o tratamento: por que meios o codificador-fonte escolheu o código e o conteúdo, por que razões e com que resultado?

4.1.16. O canal

Talvez se possa afirmar que nenhuma palavra, na teoria da comunicação, tem sido tão usada e abusada como a palavra "canal". É usada para significar muitas coisas diversas, mas precisamos examinar pelo menos três dos sentidos que lhe são dados.

Na comunicação, a fonte tem que escolher um canal. Tem de escolher algum veículo no qual transportar sua mensagem.

Como codificadores-fontes, temos de decidir a maneira como canalizaremos as mensagens, a fim de que o nosso receptor possa decodificá-las - possa ver, ouvir, tocar e mesmo, ocasionalmente, provar e cheirar as nossas mensagens. Em outras palavras, podemos considerar os canais de comunicação como sendo as habilidades motoras do codificador e as habilidades sensórias do decodificador.

Podemos definir o canal de comunicação, psicologicamente, como os sentidos através dos quais o receptor-decodificador percebe a mensagem codificada e transmitida pelo codificador-fonte.

Vale analisar as habilidades comunicadoras da fonte e do receptor, suas atitudes, seu nível de conhecimento, seus papéis em múltiplos sistemas sociais e o contexto cultural em que se verificam os seus comportamentos de comunicação.

Na análise de mensagens, pode-se evocar vários elementos ou estruturas à escolha de código, conteúdo ou tratamento. Pode-se considerar os canais pelo menos de três ângulos: como mecanismos de ligação, como veículos ou como transportadores de veículos (BERLO, 1979).

4.2. Construção e validação de instrumento segundo PASQUALI (1998)

O processo de construção e validação de instrumentos de medida envolve reflexões sobre os motivos que levam a ações desta natureza. Por que construir para medir? Como construir? Alguns autores podem contribuir para o esclarecimento destas questões.

Polit e Hungler (1995) dizem que “seja o que existir existe em determinada quantidade e pode ser mensurado”.

Portanto, o interesse pela medida parece ser um fator inerente à condição humana, ou seja, a necessidade de buscar meios para racionalizar a maioria de aspectos vivenciados, como alternativa para compreender e interpretar a vida.

As mesmas autoras acrescentam que “os métodos de coleta de dados variam muito quanto a sua habilidade de captar, de forma adequada, os construtos em que estão interessados os enfermeiros-pesquisadores”. Neste sentido, ratificam o fato de que “para a maioria dos conceitos que interessam aos pesquisadores em enfermagem, existem muito poucos, caso existam, procedimentos para a coleta de dados que combinem com tal ideal”.

Quando não se dispõe de instrumentos que meçam adequadamente aquilo que se pretende medir, existem duas alternativas: a construção de um novo instrumento e a modificação ou adaptação de um instrumento já elaborado em uma cultura, para o contexto da cultura em que se pretende utilizá-lo. Como mencionado anteriormente, há que se considerar a escassez de trabalhos, voltados para a construção de instrumentos de medida de satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total.

Sobre a teoria de elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, um dos estudos encontrados na literatura, é o de Pasquali (1998), adotado aqui como referencial do desenvolvimento metodológico.

Cabe destacar que a construção de instrumentos de medidas psicológicas (fenômenos subjetivos) é concebida pela psicometria que, segundo Pasquali (1997), ainda tem sido compreendida “como um ramo da estatística, quando na verdade ela deve ser concebida como um ramo da psicologia que interfaceia com a estatística”.

Acrescenta o autor, que “psicometria seria o uso da medida em psicologia” e “devem ser entendida dentro de uma orientação epistemológica quantitativista, mas como ramo das ciências empíricas, e não da matemática”, bem como “deve ser entendida dentro de um enfoque cognitivista, e não positivista”.

Segundo Pasquali (1997), “a teoria que fundamenta a psicometria, além de assumir os postulados da teoria da medida em geral, trabalha com o modelo da estrutura latente (traços psicológicos, *latent modeling*)“, que trabalha com conceitos específicos de traço latente, sistema, propriedade, magnitude e representação comportamental da estrutura latente.

Diz o autor, que embora o conceito de “traço latente” seja ambíguo, ele “vem referido ou inferido sob expressões como: variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo cognitivo, processo mental, estrutura mental, habilidade, aptidão, traço de personalidade, processo elementar de informação, componente cognitivo, tendência, atitudes e outros”.

O “sistema” é representado na psicometria, pelo objeto de interesse ou objeto psicológico que, segundo Pasquali (1997), são as estruturas psicológicas latentes.

A “propriedade” é definida pelo autor como sendo os vários aspectos ou atributos que caracterizam um sistema, ou seja, os aspectos que caracterizam o objeto de interesse.

A “magnitude” está associada, de acordo com o autor, ao conceito de quantidade, que por sua vez se refere a números que não são apenas diferentes, mas um é maior que o outro, estabelecendo-se a relação crescente de magnitude.

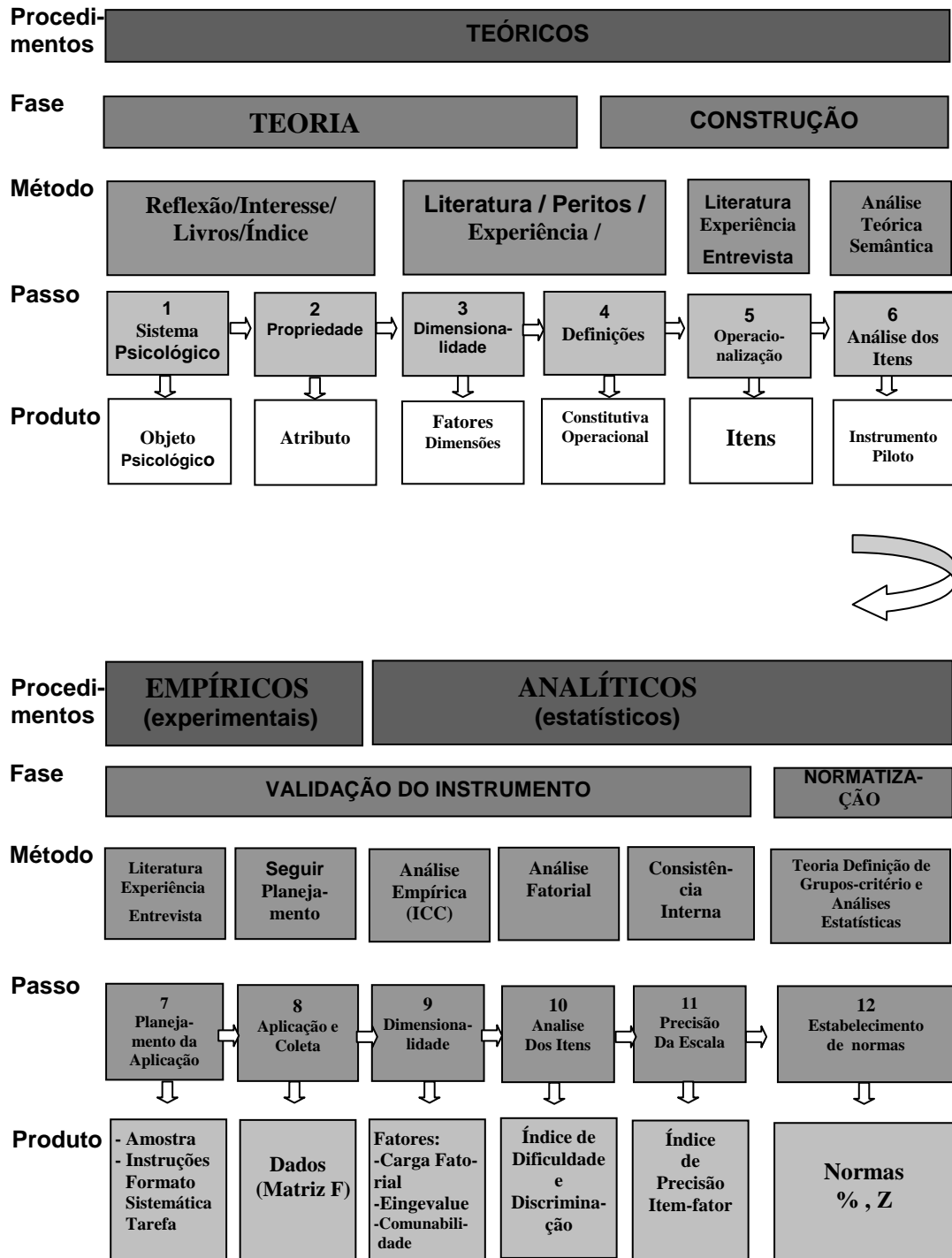
Quanto à “representação comportamental da estrutura latente”, Pasquali (1997) diz que, sendo “o comportamento (verbal, motor) o único nível em que se pode trabalhar cientificamente (empiricamente) em psicologia, é nesse nível que se deve procurar a solução para o problema da representação e, portanto, do conhecimento dos processos latentes”.

O modelo proposto por Pasquali (1998) para construção de instrumentos contempla três procedimentos, por ele chamado de teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). O primeiro procedimento contempla a questão da teoria, ou seja, a fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento de medida; o segundo consiste nas etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto, bem como a coleta de informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento; e os procedimentos analíticos determinam as análises estatísticas dos dados visando a validação do instrumento.

No citado estudo Pasquali (1998) dá destaque aos procedimentos teóricos, considerando serem estes os mais importantes, já que se referem à preocupação com a teorização sobre o construto de interesse.

O modelo de Pasquali (1998) será descrito adotando-se, como tópicos, os três grandes pólos ou procedimentos para a construção de instrumentos psicométricos, destacando-se nestes os doze passos a serem percorridos, conforme apresentado na Figura 2.

FIGURA 2. Teoria e Procedimentos para construção de escalas psicológicas (Pasquali, 1998).



Fonte: Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas, 1998.

4.2.1. Procedimentos teóricos

Este tópico agrupa os seis primeiros passos propostos por Pasquali (1998), sendo os três primeiros relacionados à teoria; o quarto passo, ainda relacionado com a teoria e também com a construção do instrumento; e o quinto e sexto, passos especificamente voltados para a construção.

- **Sistema psicológico (1º Passo):** destina-se a estabelecer a teoria sobre o construto ou objeto psicológico, para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida. O sistema psicológico representa o objetivo de interesse que, em geral é constituído por múltiplos aspectos. O autor recomenda que este passo pode ser esclarecido a partir de reflexões e interesse do pesquisador pelo construto, devidamente fundamentado em referencial bibliográfico.
- **Propriedade (2º Passo):** consiste em definir as propriedades ou atributos do objeto de interesse do pesquisador, ou seja, os atributos e propriedades que o caracterizam. Para esta tarefa devem ser utilizados os mesmos métodos do passo anterior.
- **Dimensionalidade (3º Passo):** refere-se à estrutura interna e semântica do construto que pode ser uni ou multifatorial, ou seja, ele possui dimensão homogênea, ou nele se distinguem vários aspectos? Deve-se obter esta resposta ou na teoria, ou em dados empíricos disponíveis, sobretudo dados de pesquisas que utilizam a análise fatorial.
- **Definição (4º Passo):** dá-se pela conceituação detalhada do construto com base na literatura específica, na análise de conteúdo feita com a colaboração de peritos e na própria experiência do pesquisador. A definição pode ser

constitutiva, ou seja, é aquela que aparece em dicionários, enciclopédias e tem a finalidade de impor limitações semânticas àquilo que se deve explorar quando o construto estiver sendo medido; enquanto que a definição *operacional*, como indica o próprio termo, define comportamentos que devem ocorrer e pode ser expressa em uma listagem de categorias que representam o construto. Com este passo procede-se o início da construção do instrumento-piloto.

- **Operacionalização (5º Passo):** representa a construção dos itens que integrarão o instrumento de medida. A operacionalização do construto constitui-se em três etapas, a saber:
 - a) **Fontes dos itens:** estes podem ser encontrados na literatura (outros testes que medem o construto); podem ser obtidos em levantamento junto à população-alvo, ou nas categorias comportamentais estabelecidas na definição operacional.
 - b) **Regras de construção dos itens:** devem ser aplicadas à construção de cada item, sendo que em alguns tipos de itens algumas destas regras podem não se aplicar. O autor recomenda a aplicação de um conjunto de 12 regras ou critérios, sendo os 10 primeiros para a construção dos itens e os dois últimos para o instrumento todo.
 - Critério comportamental: o item deve permitir ação clara e precisa.

- Critério de objetividade ou de desejabilidade: o item deve permitir expressar a preferência, a opinião, os sentimentos e o modo de ser do respondente.
- Critério de simplicidade: o item deve expressar uma única idéia para não confundir o respondente.
- Critério de clareza: o item deve ser inteligível para todos os extratos da população-alvo, utilizando-se frases curtas e positivas, com linguagem clara e típica da população a qual ele se destina.
- Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): o item deve expressar o construto, ou seja, sua carga fatorial deve representar o fator que ele se propõe medir.
- Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no construto, permitindo um contínuo estímulo ao respondente em concluir sua avaliação.
- Critério da variedade: deve-se variar a linguagem para evitar monotonia, bem como variar a quantidade de itens favoráveis e desfavoráveis para evitar respostas estereotipadas à esquerda ou à direita.
- Critério da modalidade: preferir expressões de reação modal, isto é, evitar expressões extremadas, como excelente e miserável.

- Critério de tipicidade: utilizar expressões típicas, próprias, inerentes ao tributo.
 - Critério de credibilidade: evitar itens ridículos, despropositados, infantis e ofensivos.
 - Critérios de amplitude: o conjunto de itens deve cobrir todos os níveis de compreensão da população-alvo, permitindo discriminar entre indivíduos de diferentes níveis.
 - Critério de equilíbrio: o conjunto de itens deve permitir uma distribuição assemelhada à da curva normal, contendo a maior parte dificuldade mediana, que progressivamente diminui em direção às caudas com itens fáceis e difíceis em menor número.
- c) **Quantidade de itens:** o autor afirma que grande parte da extensão semântica de um construto pode ser bem representada com cerca de 20 itens, no entanto, construtos com diversidade maior exigem maior número de itens. Recomenda que para se chegar em um número final de itens em torno de 20, deve-se começar com, pelo menos, o triplo.
- **Análise teórica dos itens (6º Passo):** deve ser feita com vistas a assegurar garantias de validade. Consiste em solicitar outras opiniões sobre o construto já operacionalizado, por meio de juízes que deverão proceder a dois tipos de análise: a *análise semântica dos itens*, que tem o objetivo de verificar se todos os itens são compatíveis para todos os membros da população-alvo e a

análise dos juízes, conhecida também por validade de conteúdo, cujo objetivo é verificar a adequação da apresentação comportamental dos atributos. Um número de seis juízes é recomendável para esta tarefa, sendo eles peritos na área. O critério de pertinência do item deve ser de pelo menos 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingirem esta taxa podem ser descartados do instrumento-piloto.

A validade de conteúdo ou *análise dos juízes* preocupa-se com a adequação da amostragem da área do conteúdo a ser medida.

Em outro estudo, Pasquali (1997) afirma que “um teste tem validade de conteúdo se ele constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio)”.

Duarte (2001), respaldada pela literatura, diz que a validade de conteúdo “é a determinação da capacidade dos itens, de representar adequadamente as dimensões do conteúdo a que se destina”.

Os autores comentam sobre a inexistência de métodos objetivos que garantam a cobertura adequada do conteúdo de um instrumento; no entanto, dizem que especialistas na área dos conteúdos costumam ser chamados para avaliarem sua adequação.

Kimura (1999), ratifica o exposto dizendo que pode-se determinar a validade de conteúdo de um instrumento, submetendo-se à análise de juízes “solicitados a avaliar a relevância de cada item para o domínio e a julgar se eles representam o conteúdo do domínio em questão”.

Desta forma, com o trabalho dos juízes, estarão encerrados os procedimentos teóricos para a construção de um instrumento de medida.

4.2.2. Procedimentos empíricos (experimentais)

Mais dois passos são acrescentados ao processo de construção dos instrumentos por meio dos procedimentos empíricos, que juntamente com a validade de conteúdo feita anteriormente, constituem o início do processo de validação de instrumentos psicométricos. Tais procedimentos visam coletar informações empíricas provenientes da aplicação do instrumento-piloto, obtida na etapa anterior, a uma amostra representativa da população a que se destina o instrumento a ser construído.

Este tópico também compreende etapas distintas, descritas a partir de Pasquali (1998).

- **Planejamento da aplicação (7º Passo):** consiste em determinar uma amostra representativa da população-alvo, preparar as instruções a serem dadas à esta amostra, bem como definir o formato do instrumento-piloto e a maneira de aplicação. Recomenda-se que o instrumento-piloto seja pré-testado, com vistas a assegurar sua compreensibilidade.
- **Aplicação e coleta (8º Passo):** seguindo o planejamento feito anteriormente e contemplando os possíveis ajustes sugeridos pelo pré-teste, operacionaliza-se a coleta dos dados que obtidos, dão origem a uma matriz ou banco de dados informatizado, a ser utilizado na etapa seguinte.

4.2.3. Procedimentos analíticos (estatísticos)

Esta etapa inclui a finalização do processo de validação e o que o autor denomina de “*normatização*” do instrumento. São procedimentos estatísticos, que compreendem os últimos quatro passos propostos por Pasquali (1998).

- **Dimensionalidade (9º Passo):** Pasquali (1997) recomenda que se faça aqui a análise empírica dos dados utilizando a Curva Característica do Item (ICC), também conhecida como Teoria da Resposta do Item (TRI), cujos principais parâmetros são a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória (ou melhor, a resposta correta dada ao acaso). Acrescenta o autor que “a teoria supõe que o sujeito possui um certo nível de magnitude do traço latente, que é determinado pela análise das respostas dos sujeitos por meio de diversas funções matemáticas”.

Para esta análise pode-se adotar o modelo de Lord, onde os valores de magnitude do traço latente “são expressos em coordenadas cartesianas, tendo na ordenada a probabilidade de resposta correta”. Este procedimento produz, para cada item, uma ogiva, chamada de ICC.

- **Análise dos itens (10º Passo):** dá-se pela análise fatorial que, segundo Pasquali (1997), possui a lógica de “verificar precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens. As correlações entre os itens são explicadas, pela análise fatorial, como resultantes de variáveis-fonte, que seriam as causas dessas covariâncias”. Segue o autor dizendo que, “a análise fatorial também postula que um número menor de traços latentes (variáveis-fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens)”.

A seguinte definição é adotada por Pasquali (1997) para a análise fatorial: “é uma técnica estatística calcada sobre o pressuposto de que uma série de variáveis observadas, medidas, chamadas de variáveis empíricas ou observáveis, pode ser explicada por um número menor de variáveis hipotéticas, não-observáveis,

chamadas precisamente de variáveis hipotéticas ou variáveis-fonte, mais conhecidas sob o nome de fatores. Estas variáveis-fonte são a razão pela qual as variáveis observáveis se relacionam entre si, sendo as responsáveis pelas intercorrelações (covariância) entre estas variáveis. Supõe-se que, se as variáveis empíricas se relacionam entre si, é porque elas têm uma causa comum que produz esta correlação. É a esta causa comum que se chama de fator e cuja descoberta é precisamente a tarefa da análise fatorial”.

Acrescenta Pasquali (1997), “que as cargas fatoriais são as que determinam a correlação entre as próprias variáveis empíricas. Dessa forma, a validade de construto de um teste é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a $+1$) das variáveis no fator, sendo aquelas a representação comportamental deste fator, que por sua vez, é o traço latente para o qual elas foram inicialmente elaboradas como representação empírica”.

Diz ainda que “para demonstrar a validade de construto de um teste é preciso determinar duas coisas: 1) o teste deve se correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, pela teoria, estar relacionado (validade convergente) e 2) não se correlacionar com variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (validade discriminante)”.

A análise fatorial integra a validade de construto, também conhecida como validade de conceito, que tem por finalidade, segundo Pasquali (1997), “descobrir se a representação (teste) constitui uma representação legítima, adequada do construto”. Refere-se ao conceito que o instrumento está realmente medindo.

A análise de fator ou análise fatorial é um método para identificação de grupamentos ou conglomerados de variáveis ou elementos relacionados em uma escala.

- **Precisão da escala (11º Passo):** segundo Pasquali (1997), o parâmetro de fidedignidade dos testes é referenciado por uma série elevada e heterogenia de nomes, que resultam do seu próprio conceito, ou seja, procuram expressar o que ele de fato representa para o teste, como precisão, confiabilidade e fidedignidade. Outros nomes deste parâmetro, como estabilidade, constância, equivalência e consistência interna, resultam do tipo de técnica utilizada na coleta empírica da informação, ou da técnica estatística empregada para a análise dos dados empíricos coletados.

Polit e Hungler (1995) dizem que “a confiabilidade de um instrumento é o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo”, podendo “ser equiparada à estabilidade, consistência ou garantia de um instrumento de mensuração”. Mencionam também que “uma outra forma de definição da confiabilidade leva em conta sua precisão”; ou seja, deve minimizar o componente de erro.

As mesmas autoras ressaltam dois aspectos importantes do ato de avaliar a confiabilidade do instrumento, são eles:

- **Estabilidade:** também conhecida por repetibilidade, significa quanto os mesmos escores são obtidos, quando o instrumento é aplicado duas vezes nos mesmos sujeitos. O procedimento utilizado para avaliar este aspecto é o teste-reteste, que consiste em testar e retestar as mesmas pessoas em dois momentos diferentes e comparar os escores obtidos.

- **Consistência interna:** também significa homogeneidade, ou seja, a consistência interna existe quando todas as subpartes da medida estão medindo a mesma característica. O método mais indicado para avaliar a consistência interna é o *alfa* de Cronbach ou coeficiente *alfa*, que proporciona uma estimativa da correlação da divisão em metades para todas as formas possíveis de dividir a medida em duas partes.

Pasquali (1997) apresenta, exemplifica e define o coeficiente *alfa*, dizendo que ele “reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador de consistência interna do próprio teste”.

A pontuação do coeficiente *alfa* vai de zero a um, onde o zero indica a ausência total de consistência interna dos itens, e o um, a presença de consistência interna de 100%, indicando que quanto maior for o valor encontrado, mais precisa será a medida.

Para Polit e Hungler (1995), a validade e a fidedignidade são parâmetros interdependentes na avaliação de um instrumento de medida, ou seja, quando um instrumento não é confiável, provavelmente também não será válido.

- **Estabelecimento de normas (12º Passo):** o último passo do processo proposto por Pasquali (1997), constitui-se no estabelecimento de normas ou normatização e “refere-se à necessidade de existir uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso: desde as preocupações a serem tomadas na aplicação do teste, até o desenvolvimento de parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados obtidos”.

Segundo o autor, as normas de interpretação dos resultados podem ser: “normas de desenvolvimento” relacionadas ao desenvolvimento progressivo pelo

qual o indivíduo passa, ao longo de sua vida (idade mental, série escolar, estágio de desenvolvimento); e “normas intra grupo” relacionadas ao grupo ou população para a qual o teste foi construído, sendo que o escore do sujeito torna sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população (amostra). Para tal o autor recomenda a utilização do “posto percentílico”, que indica a porcentagem de todos os sujeitos da população (amostra) que estão abaixo ou acima da mediana; e do “desvio padrão”.

Pasquali (1997) acrescenta ainda as “normas referentes a critério”, utilizadas nos testes de aprendizagem.

Este autor alerta, para o fato de que a confiabilidade e a validade de um instrumento estão associadas, na perspectiva de conferir-lhe qualidade, ou seja, ambas as avaliações são recomendadas quando se trata da construção de um instrumento de medida.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico que, segundo Contandriopoulos et al. (1997) “é a estratégia de pesquisa que visa, utilizando maneira sistemática os conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção ou melhorar consideravelmente uma intervenção existente ou, ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição”.

5.2. Campo de estudo

O trabalho de campo foi realizado junto aos pacientes laringectomizados cadastrados no grupo GARPO – Laringectomizado, que atualmente situa-se na Casa número cinco do Campus Universitário da USP. Apresenta hoje um fichário cadastral de 160 pessoas que foram submetidas à cirurgia de laringectomia total no hospital citado, referência da data de 31/10/2001.

O GARPO – Laringectomizado foi escolhido considerando a sua importante e reconhecida abrangência ao atendimento de pessoas submetidas à cirurgia de laringectomia total desta região (Direção Regional de Saúde DIR XVIII) que há 13 anos, este grupo multidisciplinar atua, na assistência, na pesquisa, no ensino e como também é local de participação voluntária da pesquisadora (enfermeira).

Antes de iniciar a coleta de dados, realizada pela própria investigadora, o projeto de pesquisa foi encaminhado na data de 13/11/2001, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP). Para tal, abriu-se o processo número 0235/2001, onde na trigésima quinta reunião ordinária, realizada em 19/12/2001, o mesmo foi analisado e

considerado aprovado pelo Comitê atendendo a Resolução 196/96, do CONEP (Anexo A).

5.3. População e amostra

Previamente, realizou-se uma consulta junto ao fichário de cadastro dos pacientes do GARPO – Laringectomizado na data de 30/10/2001, objetivando conhecer o modelo de identificação utilizado (Anexo B); o conteúdo das informações registradas; o número de pessoas inscritas; a cidade onde moram e realizar uma análise do perfil desta população que desde há 13 anos até os dias atuais, usufrui deste serviço multidisciplinar que acontece na última quarta-feira do mês, às quatorze horas, na Casa número cinco da USP – Ribeirão Preto.

A população encontrada apresentava uma totalidade de 160 inscritos; onde 11 das fichas encontradas eram de pacientes que já haviam falecidos; ou seja, o total da população neste momento era de 149 pacientes; de ambos os sexos; todos eram maiores de 18 anos; existiam 11 pessoas não alfabetizadas; 96 não apresentavam o item de escolaridade preenchido; 67 não apresentavam o item de telefone preenchido (por não possuírem ou por não terem sido preenchidos); apenas 29 constavam número de telefone; a maioria com endereços da cidade de Ribeirão Preto – SP; mas também vários eram de diferentes cidades do interior do Estado de São Paulo; e a minoria de cidades de outros estados, principalmente de Minas Gerais - MG.

Observou-se inclusive que a ficha utilizada para registro apresentava vários itens sem preenchimento (endereço, telefone e outros), possuía letra de difícil leitura, números telefônicos com prefixos antigos e eram arquivadas no fichário por

ordem alfabética, mas não cronológica. Estas dificuldades previamente encontradas foram consideradas para nortear o planejamento da coleta de dados.

Frente a esta importante análise prévia, definiu-se: o prazo, os critérios e o método para coleta de dados desta investigação.

O prazo de seis meses foi definido para a coleta de dados em campo, que se iniciou junto à reunião mensal do GARPO – Laringectomizado em 31/07/2002 e terminou em 10/12/2002, junto à reunião mensal do ano do GARPO – Laringectomizado. Os instrumentos enviados pelo correio tiveram o prazo de até 31/01/2003, para retornarem e serem incluídos na amostra da investigação.

Objetivou-se no estudo realizar pelo menos uma tentativa de contato, com o total dos 149 pacientes laringectomizados inscritos no GARPO, onde realizou-se esta prévia análise até a data de 31/10/2001, para sua possível participação ou não na investigação. Acrescentando os pacientes que se inscrevessem no decorrer do período de trabalho de campo através de: telefonemas; de visita domiciliária na cidade de Ribeirão Preto – SP e finalizando com o envio de carta, com um contato prévio de aceite por telefone (na participação do estudo) e com o prazo para retorno do envelope já selado de até o dia 31/01/2003, para as pessoas que residissem nas cidades vizinhas a Ribeirão Preto - SP.

Os procedimentos de amostragem e as características da amostra serão descritos no detalhamento de cada etapa.

Em síntese, a amostra definiu-se com 52 pacientes laringectomizados que atenderam a todos os critérios pré-estabelecidos da pesquisa, os quais são expostos a seguir:

- a) Estar cadastrado junto ao grupo GARPO – Laringectomizado;

- b) Ter realizado pelo menos uma cirurgia de laringectomia total junto ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP);
- c) Estar com idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos;
- d) Ser alfabetizado ou não alfabetizado, desde que acompanhado por familiar ou responsável e
- e) Concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento pós-informado (Anexo C), no período de 31/07/2002 a 31/01/2003.

Todos os participantes consentiram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), tendo sido informados sobre os objetivos do estudo, consultados sobre seu interesse em colaborar e assegurados quanto ao anonimato e sigilo dos dados fornecidos.

Tendo como referência o modelo de Pasquali (1998), serão descritos a seguir, os procedimentos teóricos, empíricos e analíticos adotados neste estudo para construção e validação de um instrumento de medida.

5.4. Procedimentos teóricos

Os procedimentos teóricos, segundo Pasquali (1998), incluem a fase de explicitação da teoria sobre o construto, bem como a de construção do instrumento, ou seja, de operacionalização do construto em itens.

A fase teórica compreendeu uma ampla revisão bibliográfica que permitiu estabelecer as bases conceituais do objeto de estudo, seus atributos, dimensões e definições.

A busca de um instrumento que abordasse aspectos da satisfação da comunicação dos pacientes submetidos a laringectomia total foi extensa, mas infelizmente não foi identificado um instrumento validado especificamente para medir esta modalidade.

Os instrumentos que abordavam a área específica dos laringectomizados dos últimos 10 anos foram na maioria localizados em resumo e a minoria na íntegra, analisados, mas não abrangiam pontos considerados fundamentais para atingir o objetivo inicial proposto neste estudo, pois os mais recentes são voltados para medirem a qualidade de vida desses pacientes.

Portanto optou-se pela adoção conceitual e metodológica do estudo de Carr et al. (2000), como ponto de partida para a construção do instrumento específico para medir a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total. Visto que para avaliar a qualidade de vida dos mesmos já havia sido escolhido o referencial utilizado por Sawada (2002) que será exposto a posteriori.

O recente estudo de Carr et al. (2000) teve como objetivo principal a avaliação da qualidade da fala produzida pelos pacientes laringectomizados, tendo como norte à satisfação do resultado dos seus métodos de comunicação utilizados na atualidade. Onde através desta ferramenta de medida avaliaram a qualidade de vida destes pacientes com relação à Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC).

Os autores afirmam que pessoas com o diagnóstico de câncer de laringe que são submetidas a laringectomia total tem não só a respiração, a deglutição mas principalmente, a produção da fala totalmente alterada e que esta retira do indivíduo

a característica fundamental dos seres humanos que é a satisfação da comunicação verbal com todos os seres vivos possíveis e até mesmo os inanimados.

Defendem que a perda da satisfação da comunicação verbal é a principal responsável pela quebra severa na interação dos laringectomizados com outras pessoas e que resultam em mudanças sociais e psicológicas consideráveis. Afirmam que falhas nesta adaptação da reabilitação da comunicação freqüentemente acarretam em recolhimento social com perda em qualidade de vida para os indivíduos laringectomizados.

Através destas afirmações Carr et al. (2000) defendem que a restauração da fala seguida da laringectomia total é um objetivo importante e desafiador para as equipes de saúde que trabalham especificamente com pessoas desta área. Os autores defendem que os indivíduos laringectomizados totais precisam cada vez mais de pesquisas não só que enfoquem a eficiência e a inteligibilidade dos vários métodos de comunicação alaríngeal (pós-retirada da laringe devido ao câncer neste local), mas também de estudos que destaquem a satisfação da comunicação dos pacientes, com estes métodos, mas julgados por eles (e não por ouvintes) e seus efeitos sobre a sua qualidade de vida.

No trabalho do autor, 62 pacientes que se submeteram a laringectomia total (devido ao câncer de laringe), foram identificados por arquivos do Hospital e receberam um questionário pelo correio, que foi perguntado: o sexo, o tempo em anos desde a laringectomia total, se recebeu radioterapia, o idioma nativo, o grau de escolaridade, a realização de fonoaudiologia, a ocupação principal, a situação do emprego atual, o método de comunicação e como este método foi ensinado.

Neste estudo os autores solicitaram aos pacientes também para classificarem suas habilidades para se comunicar em situações do cotidiano e também para avaliarem suas dificuldades com alguns problemas de comunicação, utilizando uma escala *Likert*, de quatro pontos: o constrangimento em falar com estranhos, amigos e familiares no dia a dia e por telefone, o esforço despendido ao falar, o desconforto na garganta, pescoço e boca, a dificuldade de ser ouvido em um ambiente com barulho, a inabilidade para produzir um único som, cantar, usar a voz para se comunicar no seu trabalho, nas suas atividades de lazer, o de mudar o tom de voz, e a necessidade de abrir mão de atividades em função das dificuldades de comunicação.

Descreve-se, a seguir, a composição do instrumento proposto por Carr et al. (2000):

Quadro 2 - Ranking de habilidade de comunicação em várias situações por pacientes laringectomizados. Segundo Carr et al., 2000.

	laringe eletrônica	voz esofágica	prótese
Número			
Você consegue			
Falar com um estranho ao telefone?			
Falar com um amigo/familiar ao telefone?			
Ser ouvido do quarto ao lado, em casa?			
Ser ouvido em um ambiente com barulho?			
Cantar?			
Usar sua voz para se comunicar no seu trabalho?			
Usar sua voz para se comunicar nas suas atividades de lazer?			
Mudar o “tom de voz”?			
Expressar emoções?			
Fazer um pedido no restaurante?			
Falar com prestadores de serviço em público (vendedores, bancários)?			
Conversar com estranhos?			
Conversar com amigos?			
Conversar com familiares?			
<i>Ranking</i> dos problemas com a fala			
Constrangimento em falar com amigos/familiares			
Constrangimento em falar com estranhos			
Esforço requerido para falar			
Desconforto na garganta/pescoço/boca			
Incapacidade de emitir qualquer som			
Escala: 1 não; 2 um pouco; 3 muito; 4 sempre.			

Fonte: Carr, M. M. et al., *Communication after laryngectomy: assessment of quality of life*, 2000.

Quadro 3 - Atividades que pacientes de laringectomia abriram mão por dificuldades de comunicação. Segundo Carr et al., 2000.

Atividade	número de pacientes
Política	
Natação	
Cantar	
Chamadas telefônicas	
Jogar cartas	
Ir a restaurantes	
Visitar os amigos	
Falar em ambientes com barulho	
Alguma atividade esportiva	

Fonte: Carr, M. M. et al., *Communication after laryngectomy: assessment of quality of life*, 2000.

Quadro 4 - Maior problema com a comunicação relatada por pacientes laringectomizados. Segundo Carr et al., 2000.

Usuários de fala laringe eletrônica

- Dificuldades em ser ouvidos em ambientes com barulho/volume inadequado
- Problemas com a bateria: bateria gasta, se esqueceram de trazer baterias sobressalentes ou de carregá-las
- Pessoas com problemas de audição não conseguem entendê-los
- Estranhos não conseguem entendê-los
- Precisam de uma mão para falar; dificuldades para escrever mensagens telefônicas
- A laringe eletrônica é muito pesada
- Não conseguem falar rápido
- Não conseguem cantar
- Dificuldades de encontrar o melhor lugar para aplicar a laringe eletrônica

Usuários de fala esofágica

- Dificuldades em ser ouvidos em ambientes com barulho/volume inadequado
- Dificuldades em falar após se alimentarem
- Dificuldades com o enunciado das palavras
- Endurecimento/enrijecimento do pescoço após muita conversa

Usuários de fala com prótese

- Secreções estomacais
- A válvula *Blom-singer* precisa ser ajustada manualmente para produzir uma fala mais alta

Usuários de escrita

A comunicação espontânea é eliminada

Fonte: Carr, M. M. et al. *Communication after laryngectomy: assessment of quality of life*, 2000.

Neste estudo a qualidade de vida foi avaliada pelos autores com o instrumento EORTC QLQ – C 30 (versão dois) e os dados foram analisados com o programa Excel 97 para análise de tabelas e com o *software* Statistical Package for Social Sciences 7.0 (SPSS).

A avaliação de custos dos métodos de comunicação e a escala utilizada para avaliação da qualidade de vida não serão apresentados aqui, porque, o primeiro não faz parte do objetivo desta investigação.

O segundo por adotar-se para avaliação da qualidade de vida o instrumento Functional Assessment of Cancer Therapy Quality of Life Measurement

System (FACT H & N versão quatro) validado para nossa cultura por Sawada (2002), em sua tese de livre docência. A escolha desse modelo justifica-se pelo tipo de construção do instrumento que irá utilizar-se para a coleta de dados.

A seguir descreveremos os embasamentos teóricos utilizados por Sawada (2002).

De acordo com Vallerand (1998), dois modelos conceituais têm sido frequentemente utilizados com os pacientes com câncer, para guiar as pesquisas sobre qualidade de vida, que são o modelo de estado de esperança de Ferrell et al. (1991) e o modelo de qualidade de vida de Ferrans e Powers (1985). Esses dois modelos foram desenvolvidos para gerar teoria com definições de domínios de qualidade de vida; ambos os modelos consideram qualidade de vida como uma perspectiva multidimensional e subjetiva.

Neste trabalho adotar-se-à o modelo de qualidade de vida aplicado entre sobreviventes de câncer, proposto por Ferrell et al. (1995), que tem os pressupostos que serão discorridos. A escolha desse modelo justifica-se pelo tipo de construção do instrumento que será utilizado para a coleta de dados.

Os maiores domínios de qualidade de vida incluem o bem estar físico, psicológico, social e espiritual. Existe uma interação dinâmica entre esses domínios, sendo que distúrbios em qualquer um desses domínios, conseqüentemente, afetará a qualidade de vida como um todo.

Vários fatores têm sido identificados, quando se avalia o bem estar do paciente com câncer, muitos desses fatores estão associados à doença e outros estão associados a vários tratamentos da doença. Um componente importante do bem estar físico é o controle dos sintomas. Um sintoma físico não controlado ou uma

diminuição da função física afetará o bem estar psicológico, pois gera uma condição de ansiedade, depressão e frustração no paciente.

O sintoma físico não controlado também ameaça a dimensão social do paciente, pois, algumas limitações do bem estar físico do paciente podem restringir o convívio social, além de requerer da família e amigos auxílio para desenvolver as atividades que estão limitadas. O bem estar físico influencia também a espiritualidade. Estudos demonstraram que o declínio da condição física cria um sentimento de fatalidade e finitude nas pessoas e freqüentemente, aumenta a necessidade espiritual (FERRELL; GRANT, 1998).

O bem estar físico é definido como o controle ou alívio dos sintomas e a manutenção da função e da independência (FERRELL, 1995). Certamente, os procedimentos terapêuticos do câncer têm impacto no bem estar físico do paciente devido às diversas respostas orgânicas, como as náuseas e vômitos, a mucosite, a perda de cabelo, a fadiga, as mudanças nas características da pele, relacionadas ao tratamento radioterápico e quimioterápico.

O bem estar social é definido como uma forma de visualizar não apenas o câncer ou os seus sintomas, mas, também o significado pelo qual nós reconhecemos o impacto da doença e tratamento sobre a pessoa com câncer, a perda de seus papéis e relacionamentos.

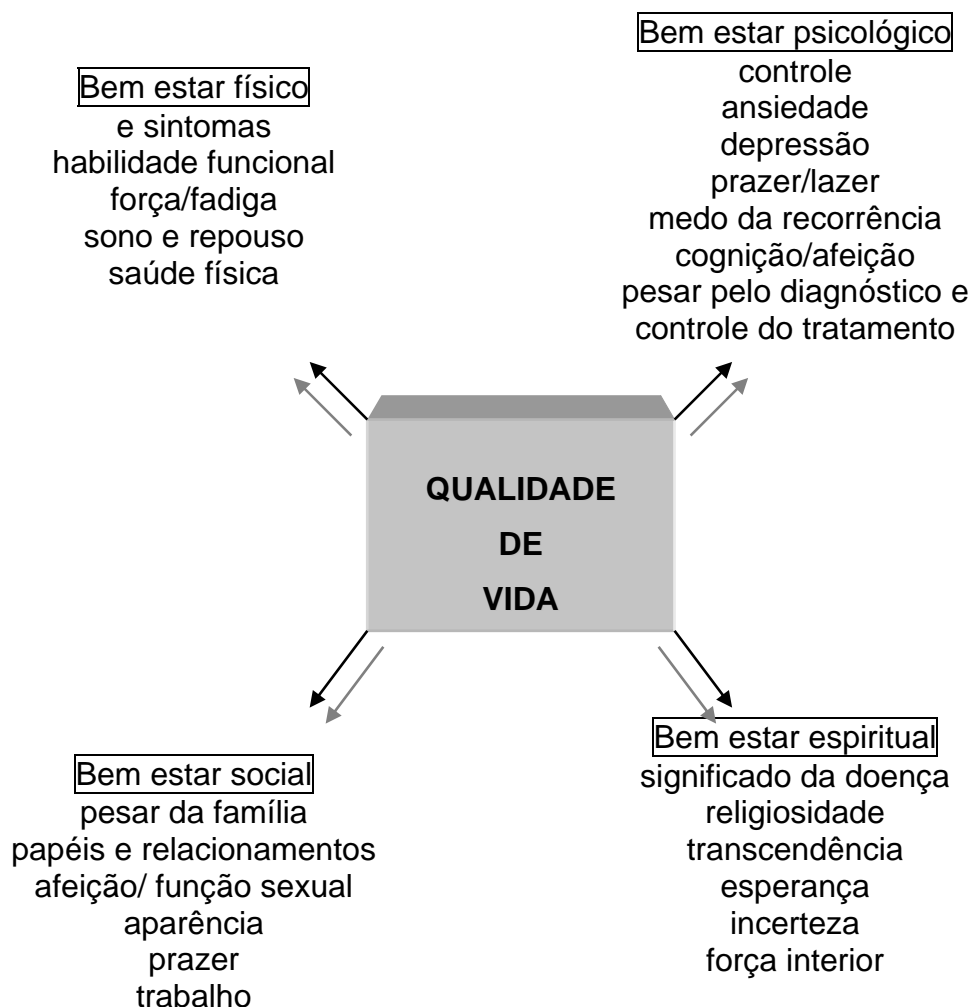
O bem estar psicológico é definido como a procura por um sentido de controle diante das ameaças da vida pela doença caracterizada pelo estresse emocional que modifica as prioridades da vida, gera o medo do desconhecido, bem como as mudanças positivas na vida. Os aspectos psicológicos incluem a depressão,

ansiedade, incertezas, aparência, auto-estima, medo de recorrência da doença e estresse decorrente da cirurgia.

O bem estar espiritual é caracterizado pelas dimensões existenciais e religiosas. Os autores desse modelo caracterizam o bem estar espiritual como sentimentos rodeados de incertezas, as desesperanças, os objetivos de vida, as mudanças espirituais positivas, o aumento do significado de vida e a importância das atividades espirituais.

O modelo de qualidade de vida ora apresentado e adotado estão representado na Figura 3.

Figura 3 - Modelo de qualidade de vida para sobreviventes do câncer.



Fonte: FERRELL, B. R. et al. Measurement of quality of life in cancer survivors, 1995.

5.4.1. Construção do instrumento

Frente a esta realidade, identificou-se a necessidade de construir um instrumento de coleta de dados, com a finalidade de adequar o processo de reabilitação vocal do ser laringectomizado.

Além dos elementos que compõem o instrumento de Carr et al. (2000), optou-se por explorar a estrutura do instrumento de coleta de dados de Sawada et al. (1998) referente às complicações pós-operatórias dos laringectomizados totais; de

Sonobe (2001) referente à identificação do paciente e familiar, seguida de vivências da pesquisadora com pacientes laringectomizados no GARPO – Laringectomizado (BERTONCELLO et al., 2000); com o objetivo de obter um instrumento que retratasse a especificidade do construto para a população em estudo, ou seja, os pacientes submetidos a laringectomia total, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP, devido ao câncer de laringe.

Os itens que culminaram na composição total do novo instrumento de medida, da satisfação da comunicação do paciente submetido a laringectomia total cadastrados no GARPO – Laringectomizado, foram definidos pela análise final de acordo com o referencial do processo de comunicação adotado nesta investigação (Berlo, 1979), para que na sua apresentação, no seu conteúdo e na sua seqüência atingissem os objetivos propostos, conforme se demonstra a seguir:

O primeiro domínio foi definido com a apresentação de 14 itens de identificação do perfil do ser laringectomizado. O segundo domínio com o total de nove itens de identificação da situação atual do tratamento cirúrgico realizado (cirurgia de laringectomia total).

O terceiro domínio foi composto com o total de 33 itens de identificação da avaliação funcional da comunicação do laringectomizado, onde, segundo o referencial de Berlo (1979), é possível realizar uma análise funcional da comunicação do indivíduo, se aplicar de forma sistemática os ingredientes da comunicação, entendendo-se que estes acontecem como um processo, mas que é possível separá-los com o intuito de determinar uma avaliação, pois a análise da comunicação representa um ponto de vista, uma forma de encarar o comportamento, quer individual, quer institucional.

Portanto, selecionou-se cinco itens relacionados ao ingrediente da comunicação “codificador-fonte”: “o meu modo de falar requer um esforço maior”; “o meu modo de falar interfere no relacionamento com minha família”; “eu tenho que fazer esforço para conversar”; “o meu modo de falar embarça-me” e “a minha fala é a mesma após a cirurgia”. O “codificador-fonte” da comunicação deve ser analisado considerando também os seus ingredientes, como as suas habilidades de comunicação, que o laringectomizado devido à ablação da laringe, já apresentam deficiência de base; as suas atitudes consigo e com o outro; o nível de seus conhecimentos e as influências do sistema social e cultural.

Segundo Berlo (1979), a facilidade lingüística de um “codificador-fonte” de comunicação é fator importante no processo de comunicação e com isso “ficaremos limitados em nossa capacidade de exprimir nossos objetivos se não tivermos habilidades comunicadoras capazes de codificar mensagens corretas”. Ademais, o autor coloca, que nossas deficiências de habilidades comunicadoras limitarão as idéias de que dispomos, bem como nossa capacidade de manipular essas idéias e de pensar.

Para o ingrediente da comunicação “mensagem”, selecionou-se 12 itens: “antes da cirurgia minha fala (meu modo de falar) era fácil de entender”; “o meu modo de falar interfere no meu trabalho”; “o modo de falar interfere na minha vida social”; “conversar me causa dor”; “conversar me causa desconforto”; “eu tenho dificuldade de falar algumas palavras”; “minha fala nunca é compreensível, tenho que usar a comunicação escrita”; “tenho dificuldade de produzir alguns tipos de sons”; “sou capaz de mudar meu tom de voz”; “sou capaz de falar com familiares

pelo telefone”; “sou capaz de falar com amigos no telefone” e “sou capaz de falar com estranhos no telefone”.

O mesmo autor coloca que a mensagem também contém seus ingredientes que são os elementos e estrutura do código, do conteúdo, e os elementos e estrutura do tratamento. Portanto, ao analisar a comunicação de outros, deve-se concentrar a atenção no conjunto de símbolos (o código) que a fonte usou para produzir a mensagem; por exemplo, analisa-se o conteúdo através de quais idéias que são expressas, ou as informações dadas, e analisa-se o tratamento através dos meios que o codificador-fonte escolheu o código e o conteúdo, e também o porquê da escolha e das razões e bem como do resultado.

Para o ingrediente da comunicação “receptor-decodificador” foram selecionados nove itens: “algumas pessoas têm dificuldade de entender-me”; “a maioria das pessoas têm dificuldade de entender-me”; “parece que as pessoas incomodam-se com o meu modo de falar”; “eu fico aborrecido quando as pessoas pedem para repetir o que falei”; “somente minha família pode entender-me”; “somente meus amigos podem entender-me”; “eu não posso ser entendido por ninguém”; “a minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário o contato face a face” e “a minha fala é de difícil compreensão”. Segundo Berlo (1979) o “receptor-decodificador”, da comunicação deve ser analisada considerando também os seus ingredientes, como as suas habilidades de comunicação, suas atitudes consigo e com o outro; o nível de seus conhecimentos e as influências do sistema social e cultural.

Vale a pena mencionar ainda outro ponto que o autor coloca sobre o ingrediente da comunicação o “receptor-decodificador”, que este em se tratando de

uma análise no debate da comunicação efetivada, o receptor é o elo mais importante do processo de comunicação. Se a mensagem não atingir o receptor, de nada adiantou enviá-la.

Para avaliar a efetivação do próprio processo de comunicação foram selecionados 12 itens: “a minha fala é sempre compreensiva”; “eu posso ser entendido na conversa pelo telefone”; “a minha fala é na maioria das vezes compreensiva, ocasionalmente há necessidade de repetição”; “eu sou capaz de cantar”; “minha comunicação tornou-se pior depois da cirurgia”; “minha comunicação tornou-se melhor depois da cirurgia” e “sou capaz de usar a minha voz para me comunicar no trabalho normalmente”.

De acordo com Berlo (1979), com o conceito de processo, se pode aproveitar melhor a análise dos ingredientes da comunicação, dos elementos que parecem necessários (senão apenas suficientes) para que haja a comunicação. É preciso ver os elementos tais como: quem está comunicando, porque está comunicando, e com quem se está comunicando. É necessário ver os comportamentos de comunicação: as mensagens produzidas, o que as pessoas procuram comunicar, bem como, observar o estilo, a forma como as pessoas tratam suas mensagens, bem como examinar os meios de comunicação, que as pessoas usam para que suas mensagens cheguem aos ouvintes.

O quarto e último domínio foi composto com o total de cinco itens de identificação da avaliação da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: “eu estou satisfeito com a minha comunicação após a cirurgia”; “eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação”; “eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone”; “eu estou satisfeito com a minha interação com

as pessoas” e “eu estou satisfeito com a minha qualidade de vida”. Portanto, segundo o referencial de Berlo (1979), para a análise do processo de comunicação, “é preciso falar em começo e fim da comunicação”, não como uma coisa estática, parada, e sim móvel, dinâmica, onde todos os ingredientes do processo agem uns sobre os outros e cada um influencia todos os demais, podendo ler-se como resultado uma comunicação satisfatória ou não.

Esse processo resultou em um instrumento constituído por um total de 61 itens, distribuídos em quatro domínios. Primeiro com total de 14 itens de identificação do perfil do ser laringectomizado; o segundo com total de nove itens de identificação da situação do tratamento cirúrgico do paciente, onde ambos seriam preenchidos pela pesquisadora durante a aplicação do instrumento; o terceiro com total de 33 itens de identificação da avaliação funcional da comunicação do paciente, após a laringectomia total sendo o quarto e último com o total de cinco itens de identificação da avaliação da satisfação da comunicação do paciente, após a laringectomia total, sendo que os dois últimos domínios seriam preenchidos pelo paciente ou familiar, caso o mesmo não fosse alfabetizado (Anexo F).

Este instrumento construído foi entregue aos juízes para análise semântica e conceitual dos itens e junto a ele anexado o instrumento FACT H & N (versão quatro) validado para a nossa cultura por Sawada (2002), visto que também seria utilizado nesta investigação para avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos a laringectomia total.

5.4.2. Sistema de pontuação do instrumento

Em relação à escala de respostas, optou-se por adotar uma escala do tipo *Likert* com cinco categorias de respostas: um (nem um pouco verdadeira); dois (um pouco verdadeira); três (mais ou menos verdadeira); quatro (bastante verdadeira) e cinco (muito verdadeira). Quanto maior a pontuação melhor a positividade em relação ao domínio mensurado. Justificada também por esta investigação utilizar o instrumento validado por Sawada (2002) (FACT H & N versão quatro), na qual a mesma adota esta escala de medida.

Conforme afirmam Streiner e Norman (2001) e Ferrans e Powers (1992), os resultados de estudos sugerem que o número de categorias deva ficar entre cinco e sete.

Cabe salientar que a escala possui itens invertidos que serão devidamente convertidos no momento da análise, não possuem pontos de corte e os escores dos domínios tanto podem ser considerados de forma independente, como em conjunto.

Construiu-se, desta forma, a primeira versão do instrumento (Anexo F) que foi submetido a um comitê de juízes para análise do seu conteúdo.

5.4.3. Análise dos itens do instrumento (validade de conteúdo)

No presente estudo optou-se por três juízes para integrar o comitê de avaliação da primeira versão do instrumento (Anexo F), com o objetivo de refinar a redação dos itens e avaliar sua pertinência conceitual referente à satisfação da comunicação dos pacientes submetidos à cirurgia de laringectomia total.

Os critérios de escolha para compor este comitê foram os seguintes:

- a) Ser enfermeira titulada professora, doutora com experiência no ensino, na pesquisa e/ou na prática da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.
- b) Possuir conhecimentos sobre a temática de paciente laringectomizado;
- c) Possuir conhecimentos sobre a temática de qualidade de vida;
- d) Possuir conhecimentos sobre construção e validação de instrumentos e
- e) Concordar em participar da avaliação do instrumento.

Os três juízes foram convidados a participar mediante contato realizado pela orientadora, quando foram expostos: o título, os objetivos do estudo e solicitada a colaboração. Todos os avaliadores aceitaram o convite.

A primeira versão do instrumento (Anexo F) foi entregue em mãos aos três juízes na data de 20/03/2002, juntamente com uma carta solicitando-lhes a análise semântica dos itens, da sua pertinência cultural, conceitual e o acordo para devolução do mesmo no prazo de 10 dias úteis, conforme consta no Anexo G.

Pasquali (1998) sugere como critério de decisão sobre a permanência de um item, a concordância de pelo menos 80% dos juízes. Neste estudo, aceitou-se como critério, o percentual de 70%, que representa a concordância de dois juízes. Este índice de concordância foi obtido pela grande maioria dos itens.

Por se tratar de um instrumento específico, aqueles que não alcançassem a concordância esperada ou que fossem considerados contendo a mesma idéia seriam retirados.

Entretanto, após os ajustes quanto à redação e a colocação nos domínios, conforme sugestões dos juízes, o instrumento foi ampliado, resultando no total de 84 itens.

Os itens do primeiro e segundo domínios do instrumento sofreram as seguintes alterações: o item seis foi alterada a redação das raças para o feminino; o item oito foi alterada a redação para não alfabetizado; o item 14 desdobrou-se para 14.1 "se sim, qual (is)"; o item 15 colocou-se a redação para "qual a doença que levou a cirurgia?" e desdobrou-se para 15.1, "sabe do diagnóstico médico"; o item 18 e 19 desdobraram-se em 18.1 e 19.1, "se sim: antes da cirurgia, número de sessões e depois da cirurgia, número de sessões"; o item 20, 21, 22 e 23, desdobraram-se para 20.1, 21.1, 22.1 e 23.1, "se sim" e acrescentadas as alternativas, "não sei dizer" e "outra".

Os itens do terceiro domínio do instrumento sofreram as seguintes alterações: o item 24 manteve-se "meu modo de falar que estava entre parênteses" e retirou-se "minha fala"; os itens: 25 e 57 receberam uma observação no enunciado da parte dois depois da renumeração realizada: "as questões número 25 e 57 deverão ser respondidas somente pelos pacientes não aposentados"; o item 27 alterou-se a redação de "na minha vida social", para "no convívio com outras pessoas".

Foram acrescentados e renumerados cinco itens em seguida: 28 "deixei de freqüentar festas (encontros sociais) por constrangimento causado pelo meu modo de falar"; 29 "quando saio de casa escolho ruas menos movimentadas para não encontrar conhecidos"; 30 "os meus amigos deixaram de freqüentar minha casa devido a minha dificuldade para falar"; 31 "não atendo as pessoas quando tocam a campainha da minha casa" e 32 "não atendo telefone, devido ao meu modo de falar".

O item 28 “o meu modo de falar requer um esforço maior”, foi desmembrado e renumerado para: item 33 “o meu modo de falar requer um esforço respiratório maior”; item 34 “o meu modo de falar requer um esforço de vontade maior” e item 35 “o meu modo de falar requer um esforço de motivação maior”.

O item 39 “eu tenho dificuldade de falar algumas palavras, mas posso ser entendido na conversa por telefone”, foi desmembrado e renumerado para: item 45 “eu tenho dificuldade de falar algumas palavras” e item 46 “eu posso ser entendido na conversa por telefone”.

Após o item 40 “somente minha família pode entender-me”, foram acrescentados os itens já renumerados: 48 “somente uma pessoa da minha família me compreende e ela sempre me ajuda a explicar a minha fala para as outras”, 49 “tem algumas pessoas da minha família que não conversam comigo porque não entendem a minha fala”; 50 “a minha família não tem paciência comigo devido a minha fala”; 51 “as pessoas finalizam a conversa comigo quando não compreendem o que digo” e 52 “as pessoas fingem que compreenderam o que eu disse”.

O item 41 “somente meus amigos podem entender-me”, foi alterada a redação e a renumeração para: item 53 “somente meus amigos conseguem entender-me”. Foi acrescentado em seguida o item 54 “necessito de alguém para explicar (traduzir) a minha fala porque as outras pessoas não me compreendem”.

Foram alteradas as redações e as renumerações dos itens 42 e 47 para os itens: 55 “eu não consigo ser entendido por ninguém” e acrescentado em seguida o item 56 “eu não posso ser entendido por ninguém então utilizo a escrita”.

Após o item 45 renumerado para 59, foi acrescentado o item 60 “a minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário escrever algumas palavras para

que as pessoas me compreendam totalmente”. Seguido de alteração de redação do item 46 de “a minha fala é de difícil compreensão” para item 61 “a minha fala é difícil de ser compreendida”.

Foram acrescentados os itens 62 “fico muito aborrecido quando as pessoas não compreendem a minha fala” e o item 63 “a minha fala nunca é compreendida, tenho que usar a comunicação escrita”.

Depois do item 50 renumerado para 66, foram acrescentados os itens: 67 “sou capaz de manter conversas longas com as pessoas”; 68 “tenho dificuldade para manter conversas longas com as pessoas”; 71 “após a cirurgia converso menos com as pessoas” e 72 “após a cirurgia deixei de expressar minhas idéias devido à dificuldade de falar”.

O item 57 foi desmembrado e renumerado para: 76 “sou capaz de usar normalmente a minha voz para me comunicar em situações sociais” e 77 “sou capaz de usar a minha voz para me comunicar no trabalho normalmente”.

Terminando as sugestões dos juízes para este terceiro domínio, foram acrescentados os itens 78 “as pessoas percebem que eu falo de modo diferente” e 79 “quando eu falo as pessoas me olham de forma diferente”.

No quarto e último domínio os itens foram renumerados e tiveram suas redações alteradas da seguinte maneira: o item 58 de “eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação”, para item 80 “eu estou satisfeito com a minha comunicação após a cirurgia”; o item 59 de “eu estou satisfeito com o meu modo (método) de comunicação”, para item 81 “eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação”; o item 60 de “eu estou satisfeito com a comunicação pelo telefone”; para item 82 “eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone”; o item 61

de “eu estou satisfeito com a interação com outras pessoas”, para item 83 “eu estou satisfeito com a minha interação com as pessoas” e o item 62 de “eu estou satisfeito com a qualidade de vida”, para item 84 “eu estou satisfeito com a minha qualidade de vida”.

Após os ajustes decorrentes do julgamento dos juízes, o instrumento adquiriu nova formação com um total de 84 itens, distribuídos em quatro domínios. Os primeiros 14 itens destinado à avaliação do perfil do paciente, após a laringectomia total; o segundo nove itens destinado à avaliação da situação do tratamento cirúrgico; o terceiro 56 itens destinados à avaliação funcional da comunicação e o quarto e último domínio, cinco itens destinados à avaliação da satisfação da comunicação.

Desta forma, o instrumento foi submetido ao pré-teste junto à população-alvo, onde previamente incluímos ao final deste, o instrumento FACT *Head e Neck* (versão quatro), validado para nossa cultura por Sawada (2002), para atingir o último objetivo desta investigação, conforme já citado anteriormente.

5.4.4. Pré-teste

Corroborando com Polit e Hungler (1995), Marconi e Lakatos (1996) que frisam que o teste-piloto visa testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do "universo" ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. Seu objetivo, portanto, é verificar até que ponto esses instrumentos têm realmente condições de garantir resultados isentos de erros.

Streiner e Normam (2001), afirmam que o pré-teste, talvez seja a melhor maneira de garantir que os itens do instrumento sejam compreendidos pela população-alvo.

Pasquali (1998) afirma que antes de partir para uma validação final do instrumento piloto, este deve ser submetido a uma análise teórica dos itens através da análise semântica (população-alvo).

A análise semântica para o autor citado tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. Devem ser relevantes duas preocupações: “verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-meta e por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato; para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta para garantir a chamada ”validade aparente” do teste”.

Exemplificando, Pasquali (1998) entende por extrato mais baixo, aquele segmento da população-meta que apresenta menor nível de habilidades. Assim, se o teste se destina a uma população que congrega indivíduos do primeiro grau de ensino até universitários, obviamente o estrato mais baixo neste contexto são aqueles do primeiro grau e o mais sofisticado será representado pelos de nível universitário. De qualquer forma, a dificuldade na compreensão dos itens não deve se constituir em fator complicador na resposta dos indivíduos, dado que não se quer medir a compreensão deles, mas sim a magnitude do atributo a que os itens se referem.

A técnica recomendada por Pasquali (1998) para realizar a análise semântica dos itens, por ter se mostrado mais eficaz ao avaliar a compreensão dos

itens do instrumento no pré-teste é fazer a aplicação deste em pequenos grupos de pessoas (três a quatro). Iniciando a aplicação em um sujeito de estrato mais baixo da população-meta, apresentando item por item e pedindo que ele reproduza sua compreensão, porque se supõe que se tal estrato compreende os itens, a posteriori o estrato mais sofisticado também os compreenderá.

O pré-teste teve, assim, o objetivo de verificar a compreensão do instrumento pelos pacientes laringectomizados, testar o sistema de atribuição dos escores e avaliar o tempo de preenchimento. Foi realizado junto a uma amostra de quatro pacientes do GARPO – Laringectomizado, na reunião mensal do grupo que aconteceram na última quarta-feira dos meses de maio e junho de 2002.

Seguindo a recomendação de Pasquali (1998), foram escolhidos como amostra para o pré-teste: um paciente do sexo masculino não alfabetizado acompanhado de seu familiar; uma paciente do sexo feminino com o primeiro grau incompleto; um paciente do sexo masculino com o segundo grau e um paciente do sexo masculino de nível universitário (pós-graduado) da área da saúde, totalizando quatro.

Os pacientes foram convidados a participarem da investigação, assinando o Termo Pós-informado, colocados na sala oito de interação “Maria de Lourdes Gonzaga Gouveia”, após o término da reunião mensal do GARPO – Laringectomizado (Casa número cinco do Campus Universitário da USP – Ribeirão Preto), orientados a lerem cuidadosamente os itens do instrumento, por domínios, e a cada parte, manifestarem verbalmente suas dúvidas quanto à compreensão dos itens, onde a pesquisadora as registrou no próprio instrumento (evitando assim

constrangimento ao indivíduo em escrever). Em seguida, repetiu-se à leitura de todo o instrumento.

O tempo utilizado para o preenchimento foi em média de 40 minutos. O instrumento apresentado aos pacientes laringectomizados e seus familiares nesta etapa foi compreendido, tendo em vista que apenas, uma paciente do sexo feminino com o primeiro grau incompleto, pediu para que fosse colocado no final do instrumento um espaço para sugestões; um paciente do sexo masculino de nível universitário (pós-graduado) da área de saúde (o instrumento para este paciente, a seu pedido, foi entregue no seu local de trabalho) sugeriu que acrescentassem no quarto e último domínio 10 itens que são descritos a seguir já renumerados.

O item 82 “eu estou satisfeito com os tipos de sons que consigo produzir”, item 83 “eu estou satisfeito com o meu tom de voz”, item 84 “eu estou satisfeito com o nível de compreensão da minha fala”, item 85 “eu estou satisfeito com a minha qualidade de comunicação”; item 86 “eu estou satisfeito com a minha comunicação na família”, item 87 “eu estou satisfeito com a minha comunicação no trabalho” e item 88 “eu estou satisfeito com a minha comunicação com os amigos”.

O item 82 alterou a numeração e a redação de “eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone”, para 89 “eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com a família”, o mesmo continuou a acrescentar, item 90 “eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com os amigos” e item 91 “eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com estranhos”.

O item 83 foi renumerado para noventa e 92, o item 93 foi acrescentado “eu estou satisfeito com a minha fluência de comunicação” e renumerando o item 84 para item 94.

Finalmente desmembrando o item nove do primeiro domínio, para 9.1 “se não, escrever a profissão atual”, renumerou o item 9.1 para item 9.2, e retirou o enunciado da parte um “os itens a e b serão preenchidos pela pesquisadora”, para “por favor, responder a todas as perguntas. Observação: quando o paciente não for alfabetizado, é permitida a colaboração de alguém da família (ou a pessoa que preferir)”, lembrando que este instrumento também foi enviado pelo correio para pacientes de outras cidades.

Pasquali (1998) ressalta que nesta fase de pré-teste é importante que o indivíduo com melhor nível educacional da população-alvo verifique o instrumento item a item e como um todo, para evitar que os mesmos se apresentem demasiadamente primitivos e assim perderem a validade aparente: “os itens devem também dar a impressão de seriedade”.

Cabe acrescentar que o instrumento ficou, então, constituído por 94 itens, divididos em quatro domínios descritos a seguir:

O primeiro com 14 itens de um a 14 e quatro sub-itens (9.1, 9.2, 10.1 e 14.1) de identificação do perfil do paciente após a laringectomia total. O segundo com nove itens de 15 a 23 e sete sub-itens (15.1, 18.1, 19.1, 20.1, 21.1, 22.1 e 23.1) de identificação da situação do tratamento cirúrgico.

O terceiro com 56 itens de 24 a 79 de avaliação funcional da comunicação do paciente após a laringectomia total e o quarto com 15 itens de 80 a 94 de avaliação da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total.

Este sendo denominado agora, o instrumento para realização da coleta de dados (Anexo H). Esta versão foi submetida aos procedimentos empíricos e analíticos.

Cabe ressaltar que os dados obtidos no pré-teste foram desprezados, para não viciar a amostra.

5.5. Procedimentos empíricos e analíticos

Os procedimentos empíricos e analíticos constituem a fase de validação do instrumento, sendo que os primeiros compreenderam as etapas e técnicas para a coleta de dados, com vistas à análise da qualidade psicométrica do instrumento; enquanto que os analíticos compreenderam os procedimentos para demonstrar, estatisticamente, se o instrumento é confiável, válido e se for o caso, normatizado (PASQUALI, 1998).

Os resultados obtidos nesta fase referem-se aos procedimentos efetuados com vistas à validação do instrumento (Anexo H) junto a uma amostra representativa da população a que se destina o instrumento.

Os procedimentos experimentais, também denominados empíricos, corresponderam aos passos de planejamento e aplicação da coleta de dados, descritos a seguir, enquanto que os procedimentos analíticos compreenderam os testes estatísticos relacionados à análise de confiabilidade e à validade do instrumento.

5.5.1. Seleção da amostra

O GARPO – Laringectomizado possuía uma população total de 149 pacientes cadastrados na referência de 31/10/2001, quando se programou iniciar a coleta de campo. Partiu-se da programação de tentar localizar 100% desta população para primeiro consultar se os pacientes consentiriam em participar deste estudo.

Cabe ressaltar que para o desenvolvimento desta fase empírica do estudo, foram cogitadas as possibilidades de não encontrar o paciente: por evolução a óbito; por mudança de endereços; por mudança de cidades; por anotações incompletas ou

equivocadas nas fichas de identificação, bem como, as de novos pacientes se integrarem ao grupo de apoio durante o período de coleta da investigação.

Desta forma, não foi possível determinar previamente o tamanho da amostra, por estar na dependência de algumas variáveis importantes, por isto estabeleceu-se como segundo critério, para o número da amostra a ser alcançada, o tempo da coleta de dados de seis meses que foi até a data de 31/01/2003.

A amostra utilizada nesta etapa foi constituída por 52 pacientes submetidos à cirurgia de laringectomia total cadastrados no GARPO – Laringectomizado.

5.5.2. Coleta de dados

O início da coleta de dados deu-se após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa que ocorreu na data de 19/12/2001, seguida da programação da investigadora que começou na data de 31/07/2002 e terminou na data de 31/01/2003, perfazendo um total de seis meses.

Os dados foram coletados na forma de questionário auto administrado. O paciente laringectomizado (ou familiar no caso de não ser alfabetizado) assinalava na escala (com um círculo), que variou de um (nem um pouco) a cinco (muito), o quanto cada declaração era verdadeira para ele, nos últimos sete dias.

Realizou-se 155 tentativas de contato com pacientes cadastrados no GARPO – Laringectomizado que são descritas a seguir.

O total de 76 visitas domiciliares foram realizadas na cidade de Ribeirão Preto – SP, onde se organizou o roteiro por bairros, endereços e quando o contato telefônico foi satisfatório, agendou-se o horário. Os dias da semana foram escolhidos os sábados, os domingos e feriados, por serem estes os mais prováveis de encontrar o

paciente em casa, junto com um familiar (evitando os dias normais de trabalho), por ser este os dias de folga da investigadora, para deslocar-se 95 quilômetros da sua cidade de residência (São Carlos – SP), para a de coleta de campo (Ribeirão Preto – SP) e também por ser estes dias, onde o trânsito de automóveis é menor, facilitando a procura de endereços através do mapa da lista telefônica, da referida cidade.

Encontrou-se 38 endereços nos quais os pacientes já haviam evoluído para óbito; 12 endereços onde os pacientes haviam mudado (vizinho relatava que “era provisório para o tratamento nas Clínicas”); três endereços onde os pacientes foram submetidos a outras cirurgias e não a laringectomia total e 23 endereços onde os pacientes foram localizados, todos acompanhados de familiares, aceitaram em participar da pesquisa, assinando o Termo Consentimento Pós-informado e responderam aos questionários, em média no tempo de 60 minutos.

Nas reuniões mensais do GARPO – Laringectomizado foram aplicados 17 questionários, onde os pacientes eram convidados a participar logo após o término, levados para a sala de interação (para maior privacidade) número oito “Maria de Lourdes Gonzaga Gouveia”, quando presentes, acompanhados de seus familiares. O tempo necessário em média foi de 40 minutos.

Esgotados os endereços de pacientes na cidade de Ribeirão Preto - SP. Solicitou-se 59 auxílios a lista telefônica (que cobrava a taxa de 0,76 centavos por consulta com ou sem sucesso), através do nome completo do paciente que residiam fora da cidade de Ribeirão Preto – SP, para obter o número de telefone e entrar em contato.

Destas, apenas 10 foram bem sucedidas, as ligações foram atendidas na sua maioria por familiares, mas também por pacientes laringectomizados, que na sua

totalidade aceitaram participar do estudo, respondendo ao questionário que chegou pelo correio, contendo outro envelope no seu interior já selado (evitando despesas aos participantes) e preenchido o remetente e o destinatário para o envio de retorno, acordado em no máximo de 20 dias. Os telefones da investigadora foram colocados a disposição (com ligação a cobrar) para a necessidade de esclarecimento sobre qualquer item. Destes 10 apenas nove envelopes enviados com os questionários pelo correio retornaram. Entrou-se em contato novamente com este em falta e o familiar justificou que o paciente havia internado novamente para reoperação por recidiva do câncer.

Realizaram-se três visitas domiciliares, com sucesso, utilizando-se de automóvel próprio, fora da cidade de Ribeirão Preto – SP: um paciente na cidade de Matão – SP (150 quilômetros de São Carlos – SP); um paciente na cidade de Araraquara – SP (40 quilômetros de São Carlos – SP) e o último, um paciente na própria cidade de São Carlos – SP (local de residência da investigadora).

Totalizando assim 155 tentativas de contato com os pacientes cadastrados no GARPO – Laringectomizado, para a obtenção final de uma amostra de 52 pacientes que efetivamente participaram do estudo respondendo ao questionário e assinando o Termo de Consentimento Pós-informado. Cabe ressaltar que das possíveis 149 fichas de pacientes laringectomizados existentes, seis novos inseriram-se no grupo.

Tendo em vista que a coleta de dados teve o objetivo de avaliar a confiabilidade e validade do instrumento, descreve-se a seguir, os procedimentos específicos para o teste destas propriedades, assim como as respectivas análises estatísticas.

5.5.3. Análise da confiabilidade do instrumento

Para a análise da confiabilidade, adotou-se a seguinte estratégia:

- **Análise da consistência interna (*Alfa de Cronbach*):** análise da consistência interna do instrumento, segundo Pasquali (1997), é testada “pela consistência interna dos itens, verificando a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste”. De acordo com o autor, costuma-se utilizar para tal verificação, o coeficiente *Alfa de Cronbach* “que reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo assim de indicador da consistência interna do próprio teste”.

As respostas dos 52 pacientes laringectomizados foram a base para estimar a consistência interna dos itens.

5.5.4. Análise da validade do instrumento

O teste de validade utilizado neste estudo foi:

- **Validade de construto (análise fatorial):** A validade de construto é definida por Pasquali (1997), a partir do conceito de *Cronbach*, “como a característica de um teste como mensuração de um atributo ou qualidade, o qual não tenha sido definido operacionalmente”. A utilização da análise fatorial para validação do construto, segundo o autor, “tem como lógica verificar precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens”.

O método utilizado foi o de Componentes Principais, extraído-se os fatores com autovalores (*Eigenvalues*) maiores que um.

Brevidelli (1997) diz que o método dos Componentes Principais constitui-se em um dos mais utilizados para a extração de fatores, “pois maximiza os resultados obtidos nos quais cada fator extraído a maior variância possível contida na amostra”.

Segue a autora dizendo que “no método dos componentes principais a primeira combinação linear dos dados explica a maior variação contida na amostra. A próxima combinação explica a segunda maior quantidade de variação e assim sucessivamente”.

Brevidelli (1997) afirma que “a quantidade de variância explicada pelo fator é denominada *Eigenvalues*, que se constitui em um dado de suma importância para a determinação do número de fatores extraídos, pois apenas são selecionados componentes que apresentam *Eigenvalues* maior que um”.

No presente estudo, a interpretação e denominação dos fatores foram feitas pela matriz de correlação rotacionada ortogonal *Varimax*. A rotação é um procedimento empregado na análise fatorial com a finalidade de ajustar os fatores para melhorar a interpretação, de forma que melhore a correlação das variáveis com os fatores.

Segundo Monteiro e Vieira (2003) a “transformação ortogonal, ou simplesmente rotação, da matriz das cargas fatoriais, pode ser feita por vários métodos sendo os mais conhecidos o *Varimax*, o *Promax* e o *Equamax*, podendo um ou outro ser o mais adequado, conforme a situação”.

Seguem os autores dizendo que “a aplicação dessa técnica tem o objetivo de deixar as variáveis que estão dentro de um determinado fator mais fortemente correlacionadas entre si e com maior grau de independência em relação às

variáveis que estão nos demais fatores. Com isso consegue-se dar melhor significado interpretativo aos fatores”.

O método utilizado foi o dos componentes principais com rotação *Varimax*. Para extração dos componentes utilizou-se o critério de *Kaiser* que preconiza *Eigenvalues* (autovalor) maior e igual a um (SAWADA, 1995).

Todos os dados obtidos com a aplicação do instrumento (Anexo H) em 52 pacientes laringectomizados cadastrados no grupo GARPO – Laringectomizado, foram inseridos na planilha eletrônica do programa *Excel 7.0* e codificados. Após, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences 7.0* (SPSS).

Testou-se a confiabilidade do instrumento aplicando-se o teste *Alpha* de *Cronbach* com os seguintes resultados:

Tabela 1 - Medidas de confiabilidade de Alpha de Cronbach da avaliação da satisfação da comunicação e da FACT H & N (versão 4), Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescala	Números	Média	Desvio Padrão	Alpha
Avaliação funcional	52	174,88	41,33	0,96
Avaliação da satisfação	52	42,82	16,05	0,95
Bem estar físico	52	29,57	5,63	0,80
Bem estar social/familiar	52	25,28	4,80	0,77
Bem estar emocional	52	23,88	5,33	0,79
Bem estar funcional	52	25,98	5,58	0,84
HN	52	40,84	6,48	0,70
Total	52	363,28	77,81	0,94

Como podemos observar na Tabela 1, os resultados da análise psicométrica revelaram níveis satisfatórios de *Alpha* maior 0,70 em todas as subescalas. A confiabilidade total da escala do instrumento avaliação da satisfação da comunicação foi de *Alpha* igual a 0,97 e do instrumento FACT H & N (versão quatro) foi de *Alpha* igual a 0,92; o que indica alta consistência interna.

A fórmula de *Cronbach* mostra que se todos os itens variarem do mesmo jeito, isto é, se não houver variância entre os itens individualmente, o *Alpha* será igual a um; dessa forma, os itens serão totalmente homogêneos, idênticos, produzindo exatamente a mesma variância. Como isto não é provável, o coeficiente *Alpha* fornecerá a congruência ou a covariância que os itens têm dentro do teste.

O coeficiente *Alpha* de *Cronbach* pode variar de zero a um, sendo que o zero indica a ausência total de consistência e um indica a consistência de 100%, (PASQUALI, 1997).

Após a realização do teste psicométrico descrito, considerou-se que o instrumento é confiável para avaliar a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total. Cabe ressaltar que uma das desvantagens da aplicação de instrumentos específicos é o reduzido número da amostra que normalmente atende à especificidade do instrumento.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO REFERENTE À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

6.1. Caracterização da amostra

Durante o período de coleta de dados obteve-se uma amostra de 52 sujeitos que se enquadravam nos critérios de seleção, sendo que 30 (57,7%) são procedentes da cidade de Ribeirão Preto – SP; quatro (7,7%) de Batatais - SP; três (5,8%) de Sertãozinho – SP; dois (3,8%) de Matão – SP; dois (3,8%) de Pontal – SP; dois (3,8%) de Orlandia – SP e um (1,9%) para cada município das cidades do estado de São Paulo (São Carlos, Santa Rosa do Viterbo, Casa Branca, Tambaú, Cravinhos, Morro Agudo, Regente Feijó) e de Minas Gerais (Passos e Itamogi).

Estes dados vêm a confirmar o Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto – SP, como grande centro de referência para a cirurgia de cabeça e pescoço, bem como o importante trabalho que o grupo de apoio GARPO – Laringectomizado, desenvolve há 13 anos, mantendo 22 (43,3%) dos pacientes freqüentando as reuniões, mesmo morando em outras cidades e até outro Estado.

Cabe refletir sobre esta permanente assiduidade dessas pessoas laringectomizadas acompanhadas de seus familiares e as suas expectativas e perspectivas em continuar participando do grupo, bem como, o papel representado pelas enfermeiras inseridas neste contexto multidisciplinar.

Ressalta-se que a grande maioria desta população é que arca com os gastos para comparecer às reuniões sendo poucos os pacientes que verbalizam que as prefeituras de suas cidades, apesar da municipalização, oferecem ambulâncias para transportá-los até o GARPO – Laringectomizado. Os mesmos relatam que para o retorno médico no Hospital de Clínicas eles conseguem com certa facilidade, mas

para o grupo de apoio estão constantemente sendo questionados: “para que serve?”, “o que se trata lá?”.

Entende-se que maior divulgação do trabalho do grupo junto às prefeituras vizinhas é necessário, para amenizar esta dificuldade encontrada (transporte) pelos pacientes laringectomizados, facilitando assim o acesso destas pessoas e suas famílias às reuniões mensais, do GARPO – Laringectomizado e que o profissional mais indicado para esta função seria a assistente social, por formação, acompanhada da enfermeira para as orientações técnicas sobre a reabilitação da pessoa laringectomizada.

Apresenta-se na Tabela 2 os dados obtidos em relação à caracterização dos sujeitos quanto ao sexo, estado civil, idade, escolaridade, religião e raça.

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes submetidos a laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostmizadas – Laringectomizadas (GARPO), Ribeirão Preto - SP, 2004

DADOS PESSOAIS	Nº	%
SEXO		
Masculino	44	84,6
Feminino	08	15,4
Total	52	100,0
ESTADO CIVIL		
Casado	39	75,0
Solteiro	02	3,9
Viúvo	06	11,5
Separado	05	9,6
Total	52	100,0
IDADE (anos)		
46 a 50	08	15,4
51 a 60	16	30,8
61 a 70	19	36,5
> 70	09	17,3
Total	52	100,0
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	04	7,7
Ensino fundamental	39	75,0
Ensino médio	06	11,5
Ensino superior	03	5,8
Total	52	100,0
RELIGIÃO		
Católica	42	80,8
Protestante	09	17,3
Espírita	01	1,9
Total	52	100,0
RAÇA		
Branca	44	84,6
Negra	08	15,4
Total	52	100,0

Em relação à idade, variou entre 46 a 87 anos, com média de 68 anos e a maioria (67,3%) na faixa etária de 51 a 70 anos.

Verificou-se que nos estudos realizados por Guntert (1990), Redko (1992), Carmagnani (1999), Sonobe (2001) e Sawada (2002), a média de idade dos pacientes encontrada foi respectivamente de 56,5 anos, 59 anos, 62,1 anos, 58,3 anos e 60 anos. Observou-se que a média de idade encontrada nesta investigação 68 anos está um pouco acima entre os cinco valores citados nestas literatura.

Acredita-se que o método empregado para a coleta os dados de campo (de realizar pelo menos uma visita domiciliária a todos os pacientes cadastrados no GARPO – Laringectomizado), através do seu fichário levou a conseguir o registro em forma de dados de uma população mais idosa que provavelmente deixou de sair de sua residência com tanta frequência.

Não se encontrou muita diferença da literatura divulgada e dos sujeitos encontrados no estudo em relação ao sexo 44 (84,6%) eram masculino e oito (15,4%) eram do sexo feminino.

Entretanto, notou-se entre os trabalhos divulgados, que a mulher laringectomizada por supostamente aparecer com frequência consideravelmente menor em relação aos homens, não há estudos mais aprofundados relacionados ao gênero. Desta forma algumas indagações se fizeram presentes: “o ser laringectomizado mulher” enquanto cuidados para o enfermeiro é a mesma coisa que “o ser laringectomizado homem?”. Por não ser este o propósito desta investigação, sugere-se estudos com enfoque esta temática de gênero.

O predomínio de pacientes do sexo masculino (84,6%) laringectomizados traz, segundo Sonobe (2001), para a maioria das famílias a necessidade de uma

reorganização da manutenção financeira da casa e também de papéis e responsabilidades. Segundo a autora outros membros da família acabam assumindo a responsabilidade maior no sustento da casa, que antes era da responsabilidade do paciente (sexo masculino), onde o mesmo passa agora a ser cuidado por alguém da família, na grande maioria dos casos.

Romanelli (1997), destaca em sua investigação que atualmente, existe uma transformação da situação da mulher, mãe e esposa por participar cada vez mais da força de trabalho, em virtude das dificuldades enfrentadas pelas famílias.

Dando continuidade à caracterização da amostra em relação ao estado civil do total de 52 sujeitos 39 (75%) era casada; seis (11,5%) viúva; cinco (9,6%) separada e dois (3,9%) solteira.

Sonobe (2001) em sua tese de doutorado discute que a autoridade masculina de marido e pai concentrada na figura do chefe de família tem a representação mediada pelas relações de parentesco dele com outros membros e pela condição de único ou principal provedor financeiro, e ao mesmo tempo, pela legitimidade do saber paterno conquistada pela luta na resolução dos problemas familiares.

Em relação à raça 44 (84,6%) branca e oito (15,4%) negra. À religião 42 (80,8%) católica; nove (17,3%) evangélico e um (1,9%) espírita.

Todos os 52 pacientes laringectomizados responderam que possuem uma religião, sendo a de maior frequência à religião católica (80,8%). Assim todos possuem algum vínculo religioso, o que se acredita que possa contribuir para um enfrentamento positivo em relação à experiência da doença (câncer).

Corroborando com Redko (1992), as pessoas recorrem às suas religiões no momento de crise ou sofrimento diante de situações que fogem ao seu controle, como adoecimento ou falha dos mecanismos de luta frente às dificuldades, buscando apoio necessário para enfrentá-las.

À escolaridade 39 (75,0%) ensino fundamental; seis (11,5%) ensino médio; quatro (7,7%) não alfabetizado e três (5,8%) ensino superior.

A maioria (75,0%) dos laringectomizados desta investigação afirmaram enquanto grau de instrução possuem apenas o ensino fundamental. Esta característica auxilia o enfermeiro no exercício de seu papel, lembrando que se deve adequar a sua comunicação verbal e não-verbal frente a esta população com escolaridade “diminuída”; buscando a humanização do cuidar e evitando jargões técnicos-científicos no momento de orientação sobre os cuidados com o corpo, traqueostoma, deglutição, atividades diárias, alimentação e auto-estima (BERTONCELLO, 1999).

Apresenta-se na Tabela 3 os dados em relação à aposentadoria; motivo da aposentadoria; profissão atual e a profissão que exerciam antes de aposentar-se.

Tabela 3 - Caracterização dos pacientes submetidos a laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo a atividade profissional exercida, Ribeirão Preto - SP, 2004

Aposentadoria	Nº	%
Sim	43	82,7
Não	09	17,3
Total	52	100,0
Motivo da aposentadoria		
Antes da doença	22	42,3
Por doença (câncer de laringe)	20	38,5
Outro	02	3,8
Não aposentado	08	15,4
Total	52	100,0
Profissão atual		
Desempregado	03	5,8
Do lar	01	1,9
Médico	01	1,9
Despachante policial	01	1,9
Engenheiro civil	01	1,9
Inativo	45	86,6
Total	52	100,0
Profissão anterior		
Trabalhador de construção civil	11	21,2
Operador de máquinas	08	15,4
Motorista/Fiscal de tráfego	05	9,6
Bancário/Analista de sistemas	04	7,7
Trabalhador rural	04	7,7
Trabalhador doméstico	04	7,7
Comerciante	03	5,7
Outras	09	17,3
Não trabalha	04	7,7
Total	52	100,0

Como se pode observar em relação à aposentadoria, 43 (82,7%) declararam ser aposentados e nove (17,3%) responderam que não são.

Para os que não fossem aposentados, pediu-se que relatassem qual profissão exercem e 45 (86,6%) responderam que não têm profissão; três (5,8%) afirmaram estar desempregados; um (1,9%) atua como médico; um (1,9%) atua como despachante policial; um (1,9%) atua como engenheiro civil e um (1,9%) atua como do lar.

Dos sujeitos que responderam estarem aposentados identificou-se que 22 (42,3%) conseguiram a aposentadoria por tempo de serviço; 20 (38,5%) declararam ser devido à doença (laringectomia por câncer de laringe); oito (15,4%) responderam não e dois (3,8%) responderam a alternativa “outro” (estão aguardando a aposentadoria).

Estes dados analisados no seu contexto fornecem uma importante informação em relação à aposentadoria do paciente laringectomizado, visto que dos 43 (82,7%) que se declararam aposentados, apenas 20 (38,5%) referiram ser devido à cirurgia de laringectomia total. Os demais 22 (42,3%) dos pacientes obtiveram a aposentadoria por tempo de serviço, como qualquer outro trabalhador.

Cabe ressaltar, que apenas três (5,8%) dos laringectomizados conseguiram continuar exercendo sua profissão após a cirurgia e que estes utilizam a mesma forma de comunicação verbal, que é a prótese fonatória (*Bloom-Singer*) e se associarmos a profissão que exercem (médico, despachante policial e engenheiro civil) com a renda familiar, declaradas que estão entre a mais altas deste estudo, fecha-se uma tríade importante para discussão contextualizada da reabilitação do ser

laringectomizado e sua qualidade de vida. Lembramos ainda que três (5,8%) pacientes responderam que estão desempregados.

A reabilitação vocal representada pela colocação da prótese traqueoesofágica influencia diretamente a ocorrência de maior facilidade de entendimento pelas outras pessoas, e conseqüentemente define a possibilidade de manutenção e retorno do relacionamento interpessoal (BERTONCELLO et al., 2000), que foi prejudicado pela afonia causada pela cirurgia e ajuda a reinserir o indivíduo na sociedade. A retomada da comunicação verbal complementada pela não-verbal devolve ao laringectomizado a possibilidade de verbalizar seus pensamentos.

Diante do exposto Behlau e Ziemer (1989) colocam que a perda da voz é uma agressão que limita a vida do paciente, de tal maneira que este passa a necessitar de uma reorganização no seu autoconceito, assim como nas relações sociais. A reabilitação da comunicação oral possibilita o ajustamento dos pacientes e aquisição de uma nova identidade vocal, que são aspectos importantes na reabilitação do laringectomizado.

Concorda-se com Sonobe (2001) quando esta afirma que o retorno ao trabalho após a laringectomia total continua sendo um dos grandes problemas para a reabilitação do paciente, que há necessidade de adaptações para que ele mantenha alguma atividade de trabalho e que esta temática constitui um aspecto que merece maior aprofundamento no estudo da reabilitação do laringectomizado.

Em relação à ex-profissão que exerciam 11 (21,2%) trabalhador de construção civil; nove (17,3%) outras; oito (15,4%) operador de máquinas; cinco

(9,6%) motorista/fiscal de tráfego; quatro (7,7%) bancário/analista de sistemas; quatro (7,7%) trabalhador rural; quatro não trabalham e três (5,7%) comerciante.

Outro aspecto levantado foi em relação a exercer apenas o chamado popular “bico”, 42 (80,8%) referiram que não exercem; dois (3,8%) trabalham como doméstica e um (1,9%) para cada uma das seguintes atividades: artesanato com madeira, carpinteiro, pedreiro, sapateiro, catador de papelão, corretor de imóveis, citricultor e propagandista de carro de som.

Embora este assunto seja difícil de ser abordado, apenas 10 (19,2%) dos sujeitos realizam o “bico” por necessidade financeira. Infelizmente a aposentadoria por invalidez concedida pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) aos pacientes laringectomizados é de baixo valor (em torno de dois salários mínimos). Portanto, os pacientes necessitam completar a renda familiar fazendo o “bico”, para sobreviverem.

À profissão do companheiro (a) 24 (46,2%) do lar; 11 (21,2%) não tem; dois (3,8%) pedreiro; dois (3,8%) cozinheira; dois (3,8%) jardineiro e um (1,9%) em cada função: professora aposentada, funcionária pública estadual, despachante policial, comerciário, descarregador de caminhão de carga, auxiliar de enfermagem, vendedor de madeira, açougueiro, costureira, serviços gerais e doméstica.

Em relação à renda mensal familiar, variou de 50 a 5.000 reais; sete (13,5%) encontravam-se na faixa de até 200 reais; 11 (21,2%) na faixa de 201 a 400 reais; na faixa de 401 a 600 reais 10 (19,2%); sete (13,5%) na faixa de 601 a 800 reais; oito (15,3%) na faixa de 800 a 1000 reais e apenas nove (17,3%) relatou a faixa de maior que 1.000 reais, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo a renda familiar, Ribeirão Preto - SP, 2004

Renda familiar (Reais)	Nº	%
Até 200	07	13,5
201 a 400	11	21,2
401 a 600	10	19,2
601 a 800	07	13,5
800 a 1000	08	15,4
> 1000	09	17,3
Total	52	100,0

A maioria da população estudada 28 (53,9%) encontra-se na faixa salarial de 201 a 800 reais (de um a quatro salários mínimos). A participação salarial do companheiro (a), que no caso a maioria é companheira, existe, mas é de valor menor, porque as mulheres (esposas) exercem atividades com serviços extras que possam realizar em sua própria residência, sem ter que saírem de casa, pois ao mesmo tempo em que precisam completar a renda do marido (que só tem agora a aposentadoria, na sua grande maioria), tem que cuidar dos afazeres da casa, dos filhos e do cuidar do indivíduo laringectomizado (esposo).

Esta realidade encontrada pode sinalizar uma situação ambígua para a maioria das mulheres dos pacientes laringectomizados (maioria do sexo masculino) que apesar de exercerem o papel de cuidadora, e auxiliarem a maioria na renda familiar, de alguma maneira ainda possui dependência financeira, porque o esperado chefe de família tem sua renda mensal alterada por não conseguirem voltar a exercer sua profissão anterior à cirurgia de laringectomia total.

O trabalho de Redko (1992) evidenciou que o câncer de laringe pode levar ao afastamento temporário ou permanente das atividades de trabalho, e no caso do marido isto tem uma representação simbólica associada à perda do seu papel de chefe de família, o que altera drasticamente a identidade social deste, e conseqüentemente a dinâmica das relações familiares.

Em relação há quanto tempo, em meses, utilizam a atual forma de comunicação, este variou de quatro a 165 meses, sendo que quatro (7,7%) encontravam-se na faixa de quatro a seis meses; quatro (7,7%) na faixa de sete a 12 meses; cinco (9,6%) na faixa de 13 a 18 meses; nove (17,3%) na faixa de 19 a 24 meses; oito (15,4%) na faixa de 25 a 36 meses; sete (13,5%) na faixa de 37 a 48 meses e 15 (28,8%) na faixa maior que 48 meses, conforme demonstra a Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tempo de reabilitação vocal, Ribeirão Preto - SP, 2004

Tempo de reabilitação vocal (meses)	Nº	%
4 a 6	04	7,7
7 a 12	04	7,7
13 a 18	05	9,6
19 a 24	09	17,3
25 a 36	08	15,4
37 a 48	07	13,5
> 48	15	28,8
Total	52	100,0

Caber ressaltar que a quase a metade dos pacientes 22 (42,3%), apresentam na faixa de 37 meses a maior de 48 meses, já de reabilitação vocal, isso significa que estes laringectomizados são sobreviventes do câncer de laringe, e há mais de três anos procuram desenvolver a sua reabilitação vocal, utilizando-se de métodos variados de comunicação verbal e não-verbal, cada um de acordo com a sua história após a retirada do órgão fonador.

Hoje o câncer é reconhecido como uma doença crônico-degenerativa e assim, a pessoa pode sobreviver por muitos anos com a doença, apresentando longos períodos sem recidiva e com tratamento.

Este achado vem ao encontro do pensamento que aponta para a possibilidade de uma assistência de enfermagem de natureza compreensiva como possibilidade do agir profissional, ou seja, uma assistência na qual se valorize a pessoa e não apenas a doença e seus aspectos técnicos, científicos e tecnológicos.

Camargo e Souza (2003) também compartilham desse pensamento, ao colocarem em seu estudo recente que existe uma perspectiva indicando que, em oncologia, o cuidado que é considerado de qualidade pelas enfermeiras é aquele que alia uma assistência técnica e científica, que a própria especialidade requer, a uma relação humana que privilegie o cliente e não sua patologia e que compreenda esta pessoa como agente do seu autocuidado: “a enfermagem não pode ser calculada a partir de um projeto tecnocientífico a pessoa humana precisa ser reintroduzida na sociedade da ciência e da técnica”.

Em relação à forma de comunicação que utilizam atualmente 16 (30,8%) a voz de bochecho; 13 (25,0%) a voz esofágica; oito (15,4%) a laringe

eletrônica; sete (13,4%) a prótese traqueoesofágica; cinco (9,6%) gestos/mímica labial e três (5,8%) a escrita, conforme demonstra a Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tipo de reabilitação vocal, Ribeirão Preto - SP, 2004

Tipo de reabilitação vocal	Nº	%
Voz de bochecho	16	30,8
Voz esofágica	13	25,0
Laringe eletrônica	08	15,3
Prótese traqueoesofágica	07	13,5
Gestos/mímica labial	05	9,6
Escrita	03	5,8
Total	52	100,0

A reabilitação vocal no laringectomizado constitui-se numa realidade que pode ser obtida pela utilização de diferentes recursos, como a voz esofágica, laringe eletrônica ou prótese traqueoesofágica. Independente de qual método for escolhido o importante é que este seja da vontade do indivíduo, porque neste processo há necessidade de desenvolvimento de novas aprendizagens e habilidades, que exigem flexibilidade e adaptação dos envolvidos e nem sempre eles conseguem alcançá-los (GONÇALVES; BEHAU, 1997).

A voz de bochecho (BGE) foi referida por 16 (30,8%) dos laringectomizados desta investigação, ou seja, a maior frequência encontrada, para as formas de comunicação utilizada.

Embora a voz de bochecho não seja citada pela maioria dos autores como uma forma de reabilitação vocal, ela se faz presente neste estudo com uma frequência importante e ao mesmo tempo mostra que a retomada da emissão de som não foi alcançada e conseqüentemente a reabilitação vocal também ainda não foi bem sucedida.

Contudo, entendendo a reabilitação vocal como um processo, ressalta-se também que é preciso considerá-la dentro de um contexto para que o enfermeiro possa colaborar com os seus conhecimentos as pessoas submetidas a laringectomia total em diferentes fases do processo de reabilitação vocal.

Portanto, é recomendado ao profissional enfermeiro, que acompanhe o mais próximo possível o paciente e a família, nesta fase de emissão da voz de bochecho; para evitar o fato de que, muitas vezes, há um afastamento paciente/enfermeira na prática assistencial como eles referem “ o paciente vai para um lado e o enfermeiro para outro”, numa dissonância contínua e a assistência dá-se então num percurso paralelo, no qual o paciente e a enfermeira não se encontram.

A utilização da voz esofágica (VE) como forma de comunicação atual foi referida por 13 (25,0%) dos laringectomizados do estudo, ou seja, a segunda mais citada. Este é considerado um aspecto vantajoso destes pacientes, pois aprender a voz esofágica não é tão simples assim, requer muito esforço e perseverança do laringectomizado, e muitas vezes isto não é o bastante, porque as próprias lesões decorrentes da cirurgia e da radioterapia interferem diretamente no resultado positivo ou não do aprender a voz esofágica.

Concordamos com Zago (1999) que a escolha do tipo de reabilitação vocal deve ser realizada pelo paciente e família, segundo os seus valores, pois na sua

experiência no GARPO – Laringectomizado, muitos pacientes não quiseram fazer o treinamento da voz esofágica, mas referem ter qualidade de vida comunicando-se com gestos e mímica labial, devido às suas características sociais.

O aprendizado da voz esofágica é vantajoso, pois facilita o entendimento e ocorrência de condutas favoráveis do próprio paciente em relação a sua recuperação. Essas experiências podem ser relatadas para os pacientes na fase pré-operatória e retomadas nas reuniões do grupo de apoio, o que pode estimulá-los a se engajar futuramente na reabilitação vocal (SONOBE, 2001).

O restabelecimento da comunicação com o desenvolvimento da voz esofágica possibilita o ajustamento dos pacientes e aquisição de uma nova identidade vocal (BEHLAU; ZIEMER, 1989). Isto sem dúvida alguma, resultará em atitudes favoráveis do paciente, com redução de sentimentos negativos sobre sua situação.

A laringe eletrônica (LE) foi citada como método de comunicação atual por oito (15,3%) pacientes laringectomizados.

De acordo com Casper e Colton (1998), existem duas categorias gerais de restabelecimento do som que são: a ajuda mecânica para falar e o recurso alternativo “natural” de produção do som. Na primeira encontra-se o recurso de som eletrônico externo e na outra, a voz esofágica ou prótese traqueoesofágica.

A laringe eletrônica é um dispositivo que consiste num vibrador que produz o som. O aparelho de mão, quando em contato com a pele do pescoço, vibra e produz o som articulado pelo indivíduo. Tem como vantagens à facilidade na aprendizagem e rapidez na comunicação. O treinamento, para o seu desenvolvimento, pode ser iniciado no pré-operatório favorecendo sua utilização

logo no pós-operatório. O seu manuseio é fácil bem como o seu transporte. Alguns aparelhos permitem a regulação da frequência da voz durante a fala.

Porém, há algumas desvantagens: o som da voz é mecânico, o que pode distrair o interlocutor; requer o uso de uma das mãos, limitando os movimentos motores do paciente; muitos aparelhos não têm regulação da frequência, entonação e inflexão da fala do paciente. (CASPER; COLTON, 1998).

A mais nova forma de comunicação atualmente utilizada pelos laringectomizados é a prótese traqueoesofágica (PTE). Este estudo identificou sete (13,5%) pacientes que utilizam este método de comunicação (prótese traqueoesofágica) com emissão da voz esofágica, sendo este um fator muito importante para o paciente ao retornar para casa comunicando-se já de forma verbal, bem como durante sua hospitalização.

A prótese traqueoesofágica começou a ser implantada cirurgicamente no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - SP a partir do mês de agosto de 1999, como mais um método de reabilitação vocal para o paciente laringectomizado, desde que o mesmo tivesse condições financeiras para adquirir a prótese e a sua manutenção que é de alto custo. Cabe lembrar que a característica sócio-econômica da população atendida neste hospital-escola não é compatível.

Corroborando Sonobe (2001) isso traz a tona uma situação que requer atenção especial, pois além de envolver um custo financeiro elevado, há um investimento emocional muito grande em função da expectativa de que isto irá resolver os problemas do paciente. Assim, torna-se necessário que os profissionais exponham e discutam os prós e contra dessa reabilitação vocal, conheçam e

compreendam as expectativas do paciente e da família, pois é vital para o planejamento da assistência do enfermeiro.

A autora coloca que “não devemos criar somente expectativas positivas, é preciso alertar sempre para os riscos envolvidos, trabalhando com clareza e transparência”. A avaliação das condições necessárias, com elaboração de critérios para os possíveis candidatos torna-se importante. Isso deverá ser realizado com a participação de todos os profissionais envolvidos na assistência desse paciente, resultando em um protocolo de avaliação multiprofissional.

A possibilidade de reabilitação vocal pela prótese traqueoesofágica é determinada pelas condições decorrentes da própria cirurgia de laringectomia total e fatores psicossociais, bem como a necessidade de procedimento cirúrgico para a sua implantação. Além do seu custo elevado, envolve cuidados específicos para a sua manutenção, exigindo do próprio paciente ou familiar condições e habilidades em desenvolvê-los (GONÇALVES; BEHLAU, 1997; CARMAGNANI, 1999).

Sonobe (2001) coloca que em seu estudo foram encontradas situações positivas para os laringectomizados que utilizam a prótese traqueoesofágica, e que estas foram ilustradas pela facilidade de entendimento pelos familiares e estímulo do paciente para retornar às suas atividades anteriores à cirurgia. Essas facilidades “deverão ser abordadas como benefícios dessa reabilitação vocal, porém, é preciso lembrar que não é a única alternativa que possibilita esses resultados. Vale uma conduta mais realista em virtude da condição sócio-econômica-educacional da maioria dos pacientes atendidos em nosso contexto”.

Verificou-se que apenas cinco (9,6%) dos laringectomizados utiliza como forma de comunicação os gestos e mímica labial (BGE), ou seja, ainda não

conseguiram a reabilitação vocal, o que pode representar maior probabilidade destes apresentarem dificuldades de entendimento pelas outras pessoas e conseqüentemente interferir na manutenção do relacionamento interpessoal, comprometendo sua reintegração a sociedade.

Sabe-se que é comum a utilização como método de comunicação o gestos e mímica labial, principalmente na fase inicial do convívio do paciente e a família, após a cirurgia de laringectomia total, porque este após a retirada de sua laringe (órgão fonador) precisará reaprender a emitir som, agora não mais laríngeo, mas de outra maneira e este processo não é tão simples assim pois depende de muitas variáveis conhecidas e ainda a serem investigadas.

Entende-se que a reabilitação vocal deve atender às necessidades do próprio paciente, e caso haja adaptação com a comunicação por gestos e mímica labial, este é o mais indicado. Contudo, pelo fato dos pacientes não conseguirem desenvolver outros métodos de comunicação, logo após a cirurgia, provavelmente eles se adaptam à linguagem gestual e mímica labial na manutenção de seus relacionamentos pessoais.

Convém ressaltar que com esta situação isso pode contribuir para que o laringectomizado tenha atitude de acomodação, fazendo acreditar que esta forma de comunicação é a mais adequada e suficiente para a sua realidade.

Apenas três (5,8%) pacientes relaram utilizar a escrita (BGE) como atual forma de comunicação. A escrita pode ser uma das estratégias que facilitam a comunicação com os pacientes laringectomizados. Melles e Zago (2001) verificaram em seu estudo com a utilização da lousa mágica que 83% dos pacientes não tinham o hábito de escrever, mas eram habilitados para tal; destes 96% aceitaram utilizá-lo

para se comunicar com os profissionais que lhes prestavam cuidados de enfermagem, representando uma adaptação para a comunicação pós-operatória deles e lembrando que esta forma de comunicação é de baixo custo.

A reabilitação do laringectomizado envolve outros aspectos como o estigma social do câncer, a alteração da imagem corporal e a baixa auto-estima. É claro que, se o paciente alcança a reabilitação vocal, isso influenciará positivamente para que ele enfrente com maior segurança os outros problemas, porém os problemas não deixam de existir (CARMAGNANI, 1999).

Ao se relacionar os diferentes métodos com o tempo de reabilitação vocal, citado pelos pacientes desta investigação, observa-se dados interessantes que são demonstrados a seguir na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tempo e o tipo de reabilitação vocal, Ribeirão Preto - SP, 2004

Tempo de reabilitação vocal (meses)	Tipos de reabilitação vocal								Total	
	BGE		VE		LE		PTE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
4 a 6	02		02		-	-	-	-	04	7,7
7 a 12	02		-	-	01		01		04	7,7
13 a 18	03		-		02		-	-	05	9,6
19 a 24	03		02		01		03		09	17,3
25 a 36	05		-	-	01		02		08	15,4
37 a 48	03		01		02		01		07	13,5
> 48	06		08		01		-	-	15	28,8
Total	24	46,2	13	25,0	08	15,3	07	13,5	52	100,0

Legenda: voz de bochecho, gestos/mímica labial e escrita (BGE); voz esofágica (VE); laringe eletrônica (LE) e prótese traqueoesofágica (PTE).

A voz esofágica é citada, com uma frequência maior, enquanto método de reabilitação vocal, pelos pacientes que apresentam um tempo superior de três anos (37 meses), após a cirurgia da retirada do câncer de laringe.

Em estudo recente Happ et al. (2004), revelam que pacientes submetidos a laringectomia total relataram espaços de tempo variáveis necessários para dominar a fala esofágica “suficientemente satisfatória”, desde no mínimo de seis meses, até mais de dois anos, sendo que as maiores porcentagens se encontram na faixa acima de dois anos.

Diante deste fato, é importante que o profissional enfermeiro saiba identificar as necessidades do outro, cada pessoa em seu tempo e momento, para

procurar estabelecer uma relação de ajuda, pois em momentos de crise as pessoas sentem-se incapazes até para pedir ajuda (BERTONCELLO, et al., 2002).

De acordo com Stefanelli (1993), algumas técnicas são propostas para tornar terapêutica a interação enfermeira-paciente salientando que a comunicação não deve se tornar um ato repetitivo ou um ato apenas técnico. As estratégias facilitam o processo terapêutico e o alcance dos objetivos da enfermagem. Cada situação é nova, o paciente é único e os momentos não se repetem.

A prótese traqueoesofásica (PTE) aparece tardiamente, (maior frequência acima de dois anos) e em menor frequência, como método de reabilitação vocal, sete (13,5%). Embora este método de reabilitação vocal seja colocado por alguns autores como o de melhor opção e como a primeira opção atualmente utilizada, para a reabilitação fonatória (Costa et al., 2001; Kruschewsky et al., 2002; Happ et al., 2004), cabe ressaltar que as possíveis complicações, como vazamentos salivares ao redor da prótese ou pelo interior da mesma, os granulomas e as infecções fúngicas, também são citadas pelos mesmos autores.

Acredita-se que para a realidade sócio-econômica do nosso país e de nossos pacientes, o preço da prótese traqueoesofágica como método de reabilitação vocal, é um fator limitador para a maioria dos pacientes que poderiam estar se beneficiando de suas vantagens. Sugere-se que esta técnica seja melhor difundida e até mesmo custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe ressaltar que a maior frequência (42,2%), encontrada neste estudo, para método de reabilitação vocal, é a voz de bochecho, gestos/mímica labial e escrita (BGE), por todos os diferentes períodos de reabilitação (de quatro meses a maior que 48 meses). Estes dados levam a refletir sobre os severos prejuízos de

comunicação que estes pacientes apresentam, podendo manifestar assim a sua ansiedade, depressão e reclusão social.

De acordo com o INCA (2004) o impacto de se preservar a voz e a qualidade de vida do paciente é da maior importância, já que a laringectomia faz com que 30% dos pacientes passe a ter fala esofágica incompreensível e aproximadamente 50% deles ficam reclusos em sua residência, perdendo assim seus empregos e se retirando do convívio social.

Em relação se participam de um grupo de apoio, 26 (50,0%) responderam sim, do GARPO – Laringectomizado e 26 (50,0%) que não participam mais.

No início dos anos 70, pesquisas demonstraram os benefícios dos grupos de apoio para pacientes com câncer, verificado na melhora da qualidade de vida, evidenciado através do humor, diminuição do estresse, funcionamento físico e também na familiaridade em relação à doença, melhor enfrentamento e maior adesão aos tratamentos (IVANCKO, 2004).

Segundo Zago e Stopa (1998) todo paciente com diagnóstico médico de câncer de cabeça e pescoço que é submetido à cirurgia de laringectomia total, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, ao receber alta hospitalar é encaminhado ao GARPO – Laringectomizado que tem por finalidade a assistência, o ensino, a pesquisa sobre a reabilitação das pessoas laringectomizadas, como também o de promover o aprimoramento dos profissionais da área.

O paciente laringectomizado começa a participar do grupo de apoio logo nos primeiros meses após a alta hospitalar. Porém alguns levam meses para

inserir-se ao grupo, em função da necessidade da continuidade do tratamento com a radioterapia no período pós-operatório prolongado, pois referem que ocorre uma mobilização total em função da aplicação diária, além de trazer uma indisposição para engajar-se em outras atividades sociais (ZAGO, 1999).

O grupo de apoio é aberto à participação espontânea dos pacientes acompanhados de seus familiares, conforme sua disponibilidade de comparecimento. Ou seja, sua falta em uma das reuniões, que acontecem na última quarta-feira de cada mês, não o exclui do grupo. Os temas abordados são estabelecidos pelos próprios participantes. As intervenções dos profissionais (enfermeiros, assistente social, fonoaudiólogos e alunos de graduação e pós-graduação) têm-se como objetivo esclarecer e procurar sanar as dúvidas dos participantes, assim como assegurar que estes expressem suas idéias durante a reunião.

Sonobe (2001) afirma que o GARPO – Laringectomizado contribui para a superação de problemas e conquista de novas amizades “acreditamos que esses relatos ilustram os benefícios dos trabalhos desenvolvidos pelos grupos de apoio de uma forma geral, que atualmente ganham um destaque pela possibilidade da continuidade da assistência ao paciente e família, contribuindo para sua reabilitação”.

Acredita-se que a participação de pacientes e de familiares em grupos de apoio possa ajudá-los a entender que não estão sozinhos e que, juntos com outras pessoas que estão passando pela mesma situação, podem compartilhar muitas experiências. Algumas vezes, embora o paciente já tenha terminado seu tratamento, ele ainda se sente só e isolado, podendo então, surgir à vontade de conversar com pessoas que estão passando pelo que ele já passou.

Todos os 52 sujeitos responderam que sabem da doença (câncer de laringe) que tiveram que realizar a cirurgia de laringectomia total, 35 (67,3%) realizaram apenas uma cirurgia; 12 (23,1%) duas cirurgias; três (5,8%) três cirurgias; um (1,9%) cinco cirurgias e um (1,9%) 15 cirurgias, conforme demonstra a Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o número de cirurgias realizadas, Ribeirão Preto - SP, 2004

Número de cirurgias	Nº	%
Uma	35	67,3
Duas	12	23,1
Três	03	5,8
Cinco	01	1,9
Quinze	01	1,9
Total	52	100,0

Acredita-se que todos os pacientes laringectomizados sabem do seu diagnóstico de câncer de laringe, porque isto é reflexo da conduta adotada pela equipe médica de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, ao apresentar o Termo de Consentimento Pós-informado, onde os mesmos revelam para o paciente e seus familiares o diagnóstico médico encontrado, por meio de diferentes estratégias comunicativas.

Em relação ao tempo em meses da realização da última cirurgia dois (3,8%) ficaram na faixa de quatro a seis meses; cinco (9,6%) na faixa de sete a 12 meses; quatro (7,7%) na faixa de 13 a 18 meses; sete (13,5%) na faixa de 19 a 24

meses; 11 (21,2%) na faixa de 25 a 36 meses; cinco (9,6%) na faixa de 37 a 48 meses e 18 (34,6%) na faixa de maior que 48 meses, conforme demonstra a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes submetidos à laringectomia total cadastrados no Grupo de Apoio e Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizadas (GARPO), segundo o tempo e o número de cirurgias realizadas, Ribeirão Preto - SP, 2004

Tempo transcorrido após última cirurgia (meses)	Número de cirurgias realizadas								Total	
	1		2		3		> 4		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
4 a 6	01	1,9	01	1,9	-	-	-	-	02	3,8
7 a 12	03	5,8	02	3,8	-	-	-	-	05	9,6
13 a 18	03	5,8	01	1,9	-	-	-	-	04	7,7
19 a 24	03	5,8	03	5,8	01	1,9	-	-	07	13,5
25 a 36	07	13,5	01	1,9	01	1,9	02	3,8	11	21,2
37 a 48	04	7,7	01	1,9	-	-	-	-	05	9,6
> 48	14	26,9	03	5,8	01	1,9	-	-	18	34,6
Total	35	67,3	12	23,1	03	05,8	02	03,8	52	100,0

Constatou-se com estes dados que o tempo de sobrevivência após a cirurgia, da maioria dos pacientes 34 (65,4%) desta investigação, não ultrapassou ainda os quatro anos, apenas 18 (34,6%) dos laringectomizados já passaram esta marca.

Em relação se fizeram radioterapia 37 (71,2%) responderam que sim; e 15 (28,8%) que não. Do total de sujeitos, 49 (94,2%) responderam que não fizeram a radioterapia antes da cirurgia de laringectomia total; e apenas três (5,7%) realizaram a radioterapia antes da cirurgia, cada um recebeu um número de sessões diferentes (20; 37 e 40 sessões). Depois da cirurgia apenas 18 (34,6%) não fizeram radioterapia;

seis (11,5%) fizeram 35 sessões de radioterapia depois da cirurgia; cinco (9,6%) fizeram 40; três (5,8%) fizeram 20; três (5,8%) fizeram 25; três (5,8%) fizeram 44; dois (3,8%) fizeram 30; dois (3,8%) fizeram 32 e cada um (1,9%) dos sujeitos restantes fez: seis, 17, 21, 26, 28, 34, 37, 45, 62 e 100 sessões.

A radioterapia com intenção curativa, segundo Salvajoli e Faria (2001), pode ser usada de três formas: como tratamento exclusivo; como adjuvante após a cirurgia e em combinação com quimioterapia. Em todos os casos, o autor afirma que depende do estadiamento e da região (supraglote, infraglote ou laringe propriamente) envolvida.

O estudo de List et al. (1996) avaliou a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço que recebiam radioterapia radical e encontrou que os fatores da doença e tratamento podem, simultaneamente, resultar em um baixo desempenho do estado funcional e alto nível de depressão.

Esses problemas são conseqüências das alterações anatômicas e fisiológicas ocorridas com o processo cirúrgico e tratamento como a radioterapia e a quimioterapia.

Bruce et al. (2000) concluíram, em sua pesquisa, que os pacientes tratados com cirurgia e terapia de radiação apresentaram escores de qualidade de vida piores nos domínios dor, desfiguramento, deglutição e fala, do que aqueles tratados apenas com radiação.

Apesar das possíveis complicações inerentes ao tratamento radioterápico para câncer de laringe, Carvalho (2001) afirma a sua necessidade, para esterelizar as células tumorais residuais sub-clínicas, que podem permanecer no leito tumoral ou

em áreas de drenagens linfáticas do pescoço bilateralmente, e com isso diminuir a chance de recidiva local e aumentar a de sobrevida.

Oliveira e Zago (2002) expuseram na conclusão de seu estudo, que a experiência da radioterapia mostrou ser um processo que acentua o sofrimento do paciente, pois as informações recebidas foram insuficientes, levando a ações nem sempre efetivas e ressaltaram também a importância da atuação dos profissionais na avaliação contínua das condições físicas e emocionais do paciente, no processo educativo do paciente e família e na elaboração de um folheto informativo para suprir as necessidades comuns aos envolvidos.

Em relação se fizeram quimioterapia 50 (96,2%) responderam que não; e dois (3,8%) que sim. Do total dos 52 sujeitos ninguém realizou a quimioterapia antes da cirurgia de laringectomia total e os dois (3,8%) que realizaram a quimioterapia depois da cirurgia, apenas um recebeu uma sessão de aplicação e o outro paciente recebeu seis sessões de quimioterapia.

O uso da quimioterapia em câncer de laringe fora de protocolos de pesquisa é ainda controverso; de maneira geral, pode-se dizer que: o uso da quimioterapia concomitante com a radioterapia é mais eficiente do que estes tratamentos separados; o efeito mais reconhecido do uso combinado de quimioterapia mais radioterapia é o de poder preservar a função em tumores avançados (pode permitir cirurgias menores); a maioria dos estudos sugere que o uso da quimioterapia não aumenta a sobrevida, embora seja boa a taxa de resposta objetiva inicial (CARVALHO, 2001).

Para List et al. (1996), o tratamento do câncer de cabeça e pescoço altera as áreas da alimentação e da fala. A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia

freqüentemente resultam em deficiências cosméticas e funcionais. O desfiguramento, os distúrbios na fala e da alimentação são as seqüelas mais comuns. A perda da voz e o desfiguramento facial podem afetar a auto-estima e provocar reações de repulsa e rejeição.

Em relação se naqueles últimos sete dias estavam com alguma complicação relacionada à cirurgia a que haviam se submetido 48 (92,3%) responderam que não; e apenas quatro (7,7%) responderam que sim. Destes dois (3,8%) citaram as complicações de dor mais inchaço no pescoço; um (1,9%) de infecção na cirurgia mais inchaço no pescoço; e um (1,9%) respondeu a alternativa “outra” como “caroço” no pescoço.

Apesar de apenas quatro (7,7%) dos laringectomizados relatarem que apresentam complicações relacionada à cirurgia, nestes últimos sete dias, cabe ressaltar que estas complicações pós-operatórias são fatores importantes para o processo de reabilitação do paciente, pois interferem nas condições deste, no tempo de hospitalização, impõem limitações físicas e muitas vezes impedem o desenvolvimento da emissão da voz esofágica (SAWADA et al., 1998).

A infecção da ferida operatória após as laringectomias também é freqüente, devido ao porte da cirurgia, volume dos tumores, ressecções complexas ou combinadas, que proporcionam comunicação direta do pescoço com as cavidades bucais, faríngeas, laríngeas e paranasais, colonizadas por germes patogênicos (CLARK; MCGEE, 1997).

As complicações pós-operatórias são consequência de vários fatores, previsíveis ou não. Os fatores imprevisíveis são o processo patológico, a equipe de saúde em geral, a radioterapia prévia e a cirurgia anterior. Como fatores previsíveis:

a investigação pré-operatória inadequada, o planejamento e o procedimento cirúrgicos inadequados, a falta de conhecimento de anatomia, inexperiência, desatenção, cuidado pós-operatório inadequado e falha de comunicação (SAWADA et al., 1998).

Em relação se naqueles últimos sete dias estavam com algum problema respiratório 50 (96,2%) responderam que não; e apenas dois (3,8%) responderam que sim. Destes, um (1,9%) referiu fechamento de traquéia; e um (1,9%) assinalou a alternativa “outra”, como “ar muito seco pela poluição da queimada”.

Os índices de complicações pós-operatórias em cabeça e pescoço são elevados e dependem de diversos fatores que podem ser ou não inerentes ao paciente (OLIVEIRA et al., 1994).

Em relação se naqueles últimos sete dias estavam com alguma dificuldade para engolir, 40 (76,9%) responderam que não; e 12 (23,1%) responderam que sim. Destes últimos, cinco (9,6%) citaram dificuldade de sentir cheiro; dois (3,8%) dificuldade para engolir comida sólida mais dificuldade de sentir cheiro; um (1,9%) dificuldade para engolir comida sólida; um (1,9%) assinalou a alternativa “outra” como presença de gastrostomia; um (1,9%) dificuldade para engolir comida sólida mais dificuldade de sentir gosto mais dificuldade para engolir líquidos; um (1,9%) dificuldade para engolir comida sólida mais dificuldade de sentir gosto mais dificuldade para engolir comida leve mais dificuldade de sentir cheiro; um (1,9%) dificuldade para engolir comida sólida mais problemas no estômago mais dificuldade de sentir cheiro e um (1,9%) dificuldade para engolir comida sólida mais dificuldade de sentir gosto mais problemas no estômago e mais dificuldade de sentir cheiro.

De acordo com Sá (1989) as complicações tardias ou seqüelas ocorrem após vários dias da cirurgia e podem se tornar definitivas, alterando a fisiologia do paciente no plano funcional, fisiológico, metabólico e estético. Podem ser seqüelas nervosas como paralisia do nervo facial, atrofia de músculos, problemas de deglutição; seqüelas funcionais do tipo disfagia e fonação ou alterações metabólicas como o hipoparatiroidismo.

Em relação se naqueles últimos sete dias estavam com algum sinal de volta da doença 49 (94,2%) responderam que não; e apenas três (5,8%) responderam que sim. Destes últimos referiu um (1,9%) feridas no pescoço; um (1,9%) dificuldade de engolir mais feridas no pescoço e um (1,9%) sangramento na garganta mais dificuldade de engolir e mais feridas no pescoço.

Para a detecção da recidiva, Clark e Macgee (1997), descrevem a importância do seguimento do paciente através de consultas mensais durante o primeiro ano, após a cirurgia, bimestrais no segundo ano; trimestrais no terceiro ano; a cada quatro e cinco meses no quarto e quinto ano respectivamente e após, anualmente.

Corroborando Sawada et al. (1998) entendemos que se os profissionais de saúde atuarem com responsabilidade, as ocorrências dessas complicações serão minimizadas e os pacientes poderão alcançar sua reabilitação em menor tempo e com uma qualidade de vida melhor, o sucesso dependerá também de uma ação conjunta desses profissionais.

Segundo Zago et al. (1998) o medo da doença traz de volta a busca na crença religiosa e o sentimento de esperança. Assim, “é possível suportar e sobreviver a experiência da doença e suas conseqüências, tendo fé e esperança de

algo melhor, não que esta impeça o sofrimento da pessoa, porém, ameniza e torna suportável a dor física, a perda pessoal e a derrota”.

6.2. Análise da satisfação da comunicação e a qualidade de vida

Com o intuito de analisar a satisfação da comunicação do paciente laringectomizado e sua influência na qualidade de vida aplica-se o instrumento construído de avaliação da satisfação da comunicação e o instrumento FACT H & N (versão quatro) validado por Sawada (2002).

O instrumento construído para a avaliação da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total e utilizado na coleta de dados é composto por duas subescalas que contemplam os domínios: avaliação funcional da comunicação (56 itens) e avaliação da satisfação da comunicação (15 itens), com uma total de 71 itens das subescalas.

O instrumento FACT H & N (versão quatro), validado por Sawada (2002) para a nossa cultura, foi utilizado para completar a coleta de dados desta investigação. Este é composto por cinco subescalas que contemplam os domínios: bem estar físico (sete itens), bem estar social/familiar (sete itens), bem estar emocional (seis itens), bem estar funcional (sete itens) e preocupações adicionais (11 itens), com um total de 38 itens.

A pontuação dessas escalas variaram de nem um pouco verdadeira (escore um) até muito verdadeira (escore cinco), sendo que quanto maior a pontuação, maior a positividade do item. Alguns itens estavam invertidos, mas foram devidamente convertidos no momento da análise, quais sejam: subescala avaliação funcional da comunicação – itens 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63,

64, 68, 69, 71, 72, 78, 79; subescala avaliação da satisfação da comunicação não possui itens invertidos; subescala bem estar físico - itens um, dois, três, quatro, cinco, seis e sete; subescala bem estar emocional - itens um, três, quatro, cinco e seis; subescala preocupações adicionais - itens dois, três, seis, oito e nove.

As subescalas avaliação funcional da comunicação possuem 56 itens e avaliação da satisfação da comunicação possuem 15 itens. Para a primeira, o escore mínimo é 56 e o total máximo possível será 280, para a segunda o escore mínimo é 15 e o total máximo possível será 75.

As subescalas bem estar físico e bem estar social/familiar e bem estar funcional possuem sete itens. Para elas, o escore mínimo é sete e o total máximo possível será 35. A escala bem estar emocional é composta de seis itens, o mínimo será seis e o máximo de pontuação será 30. Na subescala preocupações adicionais, o número de itens é 11, portanto, o escore mínimo é 11 e o máximo 55.

Para a análise dos resultados da qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total, da amostra estudada, realizou-se testes estatísticos que serão tratados posteriormente.

A frequência e a porcentagem de respostas do total dos 52 sujeitos da investigação estão distribuídas nas sete subescalas do instrumento e apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 52 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescalas	Freqüência e porcentagem dos escores					
	1	2	3	4	5	Total
Avaliação funcional da comunicação	592 21,0%	580 20,6%	276 9,8%	357 12,6%	1017 36,0%	2822 100%
Avaliação da satisfação da comunicação	193 26,3%	58 7,9%	112 15,2%	278 37,8%	94 12,8%	735 100%
Bem estar físico	14 3,8%	37 10,2%	35 9,6%	45 12,4%	233 64,0%	364 100%
Bem estar social/familiar	35 9,6%	27 7,4%	55 15,1%	174 47,8%	73 20,1%	364 100%
Bem estar emocional	22 7,1%	32 10,3%	39 12,5%	56 17,9%	163 52,2%	312 100%
Bem estar funcional	21 5,8%	21 5,8%	50 13,6%	195 53,6%	77 21,2%	364 100%
Preocupações adicionais	73 12,8%	55 9,6%	71 12,4%	137 24,0%	236 41,2%	572 100%

Como podemos observar na Tabela 10, a freqüência de respostas nas sete subescalas foram oscilantes. Considerou-se que os pacientes submetidos a laringectomia total responderam ter regular satisfação de comunicação e boa qualidade de vida, visto que na somatória das porcentagens de respostas dos escores quatro e cinco nas sete subescalas obteve-se respostas igual à de: 48,6% na subescala de avaliação funcional da comunicação; seguida de 50,6% na subescala de avaliação de satisfação da comunicação, subescalas estas que equivalem ao instrumento da

avaliação da satisfação da comunicação e de 76,4% na subescala de bem estar social/familiar de 67,9%; na de bem estar emocional de 70,1%; na subescala de bem estar funcional de 74,8% e na última subescala a porcentagem de 65,2%, sendo que estes últimos cinco resultados das subescalas equivalem ao instrumento de avaliação de qualidade de vida.

Esse dado também aparece quando realizamos a média e o desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos, nas subescalas do instrumento, Tabela 11.

Tabela 11 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nas subescalas do instrumento, Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescala	Média	Desvio Padrão	Total
Avaliação funcional da comunicação	3,439	1,504	2822
Avaliação da satisfação da comunicação	3,293	1,607	735
Bem estar físico	4,339	1,105	364
Bem estar social /familiar	3,746	1,039	364
Bem estar emocional	4,093	1,245	312
Bem estar funcional	4,730	0,987	364
Preocupações adicionais	3,823	1,339	572

Cabe ressaltar que as maiores médias das respostas dos 52 laringectomizados foram encontradas na subescala do bem estar funcional 4,730; seguida da subescala de bem estar físico com média de 4,339 e da subescala de bem

estar emocional 4,093, o que vem a confirmar dados que demonstrem a boa qualidade de vida dos sujeitos da investigação.

As demais subescalas apresentaram uma média de respostas inferior a média quatro (escore quatro), sendo as duas menores médias respectivamente apresentadas na subescala de avaliação funcional da comunicação (3,439), seguida da avaliação da satisfação da comunicação, que equivalem ao instrumento de medida da satisfação da comunicação (3,293), ou seja, com estes resultados demonstra-se que os 52 pacientes laringectomizados responderam apresentar uma satisfação regular com a sua comunicação, embora os mesmos registrem uma boa qualidade de vida.

Esses dados sustentam o modelo de qualidade de vida adotado nesse estudo, que pressupõe a existência de uma interação dinâmica entre os domínios, sendo que se existe qualquer distúrbio em um dos domínios, este conseqüentemente afetará a qualidade de vida como um todo. Por isso encontramos uma correlação entre os domínios bem estar físico, emocional e funcional.

Também chamaram a atenção os dados equivalentes à avaliação da satisfação da comunicação, tendo o maior desvio padrão (1,607) apresentado como respostas dos 52 sujeitos, apresentam-se a seguir os resultados destes pacientes submetidos a laringectomia total, analisados pelo método de reabilitação vocal mencionado, com o intuito de verificar se o método de comunicação utilizado influencia na qualidade de vida desses pacientes.

Tabela 12 – Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 52 sujeitos nas subescalas de avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, bem estar funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto – SP, 2004

Subescalas	Tipos de reabilitação vocal																							
	BGE (n=24)						VE (n=13)						LE (n=8)						PTE (n=7)					
	1	2	3	4	5	total	1	2	3	4	5	total	1	2	3	4	5	total	1	2	3	4	5	total
Avaliação funcional da comunicação	385 29,6%	339 26,1%	130 10,0%	120 9,2%	326 25,1%	1300 100%	111 15,8%	125 17,8%	71 10,0%	93 13,2%	304 43,2%	704 100%	55 12,6%	78 17,9%	48 11,0%	70 16,1%	185 42,4%	436 100%	41 10,7%	38 9,9%	27 7,1%	74 19,4%	202 52,9%	382 100%
Avaliação satisfação da comunicação	138 40,9%	39 11,5%	65 19,2%	73 21,6%	23 6,8%	338 100%	27 14,8%	12 6,6%	25 13,6%	91 49,7%	28 15,3%	183 100%	14 12,3%	7 6,1%	15 13,2%	71 62,3%	7 6,1%	114 100%	14 14,0%	-	7 7,0%	43 43,0%	36 36,0%	100 100%
Bem estar físico	9 5,4%	21 12,5%	21 12,5%	22 13,1%	95 56,5%	168 100%	4 4,4%	6 6,6%	12 13,2%	14 15,4%	55 60,4%	91 100%	1 1,8%	6 10,7%	1 1,8%	6 10,7%	42 75,0%	56 100%	-	4 8,2%	1 2,0%	3 6,1%	41 83,7%	49 100%
Bem estar social/familiar	27 16,1%	18 10,7%	29 17,2%	69 41,1%	25 14,9%	168 100%	2 2,2%	7 7,7%	12 13,2%	48 52,7%	22 24,2%	91 100%	5 8,9%	1 1,8%	7 12,5%	27 48,2%	16 28,6%	56 100%	1 2,0%	1 2,0%	7 14,2%	30 61,2%	10 20,4%	49 100%
Bem estar emocional	11 7,6%	20 13,9%	25 17,3%	25 17,4%	63 43,8%	144 100%	7 9,0%	4 5,1%	10 12,8%	13 16,7%	44 56,4%	78 100%	2 4,2%	6 12,5%	2 4,1%	11 22,9%	27 56,3%	48 100%	2 4,8%	2 4,8%	2 4,8%	7 16,6%	29 69,0%	42 100%
Bem estar funcional	16 9,5%	13 7,7%	34 20,3%	82 48,8%	23 13,7%	168 100%	2 2,2%	7 7,7%	12 13,2%	48 52,7%	22 24,2%	91 100%	2 3,6%	1 1,8%	4 7,1%	34 60,7%	15 26,8%	56 100%	1 2,0%	-	-	31 63,3%	17 34,7%	49 100%
Preocupações adicionais	44 16,7%	26 9,8%	43 16,3%	50 18,9%	101 38,3%	264 100%	15 10,5%	20 14,0%	15 10,4%	35 24,5%	58 40,6%	143 100%	7 8,0%	7 8,0%	9 10,2%	28 31,8%	37 42,0%	88 100%	7 9,1%	2 2,6%	4 5,2%	24 31,2%	40 51,9%	77 100%
Total	630 24,8%	476 18,6%	347 13,6%	441 17,2%	656 25,8%	2550 100%	168 12,1%	181 13,1%	157 11,4%	342 24,8%	533 38,6%	1381 100%	86 10,0%	106 12,4%	86 10,0%	247 29,0%	329 38,6%	854 100%	66 8,8%	47 6,2%	48 6,5%	212 28,4%	375 50,1%	748 100%

Legenda: Voz de bochecho, gestos/mímica labial, escrita (BGE); voz esofágica (VE); laringe eletrônica (LE) e prótese traqueoesofágica (PTE).

Os 52 sujeitos do estudo responderam qual o atual método de comunicação que eles utilizam após a retirada total da laringe, na qual foram submetidos devido ao câncer diagnosticado no local. Destes pacientes 24 (46,1%) comunicam-se pela de voz bochecho, gesto/mímica labial e escrita; 13 (25%) comunicam-se através da voz esofágica; oito (15,3%) comunicam-se através da laringe eletrônica e por fim sete (13,4%) comunicam-se pela prótese traqueoesofágica. A seguir são demonstradas separadamente todos os métodos de comunicação dos 52 pacientes laringectomizados e as suas respectivas respostas nas sete subescalas de todo o instrumento utilizado para a coleta de dados desta investigação.

Tabela 13 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 24 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescalas	Freqüência e porcentagem dos escores					
	1	2	3	4	5	Total
Comunicação escrita, gesto/mímica labial e bochecho						
Avaliação funcional da comunicação	385 29,6%	339 26,1%	130 10,0%	120 9,2%	326 25,1%	1300 100%
Avaliação satisfação da comunicação	138 40,9%	39 11,5%	65 19,2%	73 21,6%	23 6,8%	338 100%
Bem estar físico	9 5,4%	21 12,5%	21 12,5%	22 13,1%	95 56,5%	168 100%
Bem estar social/familiar	27 16,1%	18 10,7%	29 17,2%	69 41,1%	25 14,9%	168 100%
Bem estar emocional	11 7,6%	20 13,9%	25 17,3%	25 17,4%	63 43,8%	144 100%
Bem estar funcional	16 9,5%	13 7,7%	34 20,3%	82 48,8%	23 13,7%	168 100%
Preocupações adicionais	44 16,7%	26 9,8%	43 16,3%	50 18,9%	101 38,3%	264 100%

Estes dados revelam que os 24 (46,1%) pacientes laringectomizados que se comunicam pela voz de bochecho, gestos/mímica labial e escrita, apresentam uma boa qualidade de vida, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das cinco subescalas destinadas a esta avaliação:

bem estar físico 69,6%; bem estar social/familiar 56,0%; bem estar emocional 61,2%; bem estar funcional 62,5% e preocupações adicionais 57,2%.

Entretanto, os mesmos pacientes laringectomizados que utilizam atualmente este método de comunicação por voz de bochecho, gestos/mímica labial e escrita, apresentam uma regular satisfação da comunicação, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das porcentagens dos escores um e dois (maior negatividade) de todos os sujeitos das duas subescalas destinadas a esta avaliação: avaliação funcional da comunicação 55,7% e avaliação da satisfação da comunicação 52,4%.

Os pacientes que primeiramente se comunicam por intermédio da escrita, vivenciam a maior quantidade de limitações no seu relacionamento com outras pessoas. Eles também relatam a menor satisfação com seus métodos de comunicação e a menor qualidade de vida entre todos os grupos de laringectomizados com outro tipo de reabilitação vocal. Estes pacientes correm alto risco de isolamento social e quase certamente se beneficiariam de uma consulta adicional com uma fonaudióloga, no intuito de discutir com uma equipe multiprofissional métodos mais eficientes de comunicação alaríngeal como a prótese traqueoesofágica, voz esofágica e a laringe eletrônica (CLEMENTS et al., 1997).

Portanto, estes resultados revelam que mesmo o método de vocalização desenvolvido, seja avaliado pelo próprio paciente como uma satisfação de comunicação regular, esta insatisfação não necessariamente classifica sua qualidade de vida como tal, mais sim ao contrário, a considera de boa qualidade. Ou seja, para estes pacientes laringectomizados que utilizam a voz de bochecho, os gestos/mímica

labial e escrita, como método de comunicação alaríngeal, a boa qualidade de vida não é sinônimo de boa satisfação da comunicação atual.

Tabela 14 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 13 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescalas Voz Esofágica	Freqüência e porcentagem dos escores					
	1	2	3	4	5	Total
Avaliação funcional da comunicação	111 15,8%	125 17,8%	71 10,0%	93 13,2%	304 43,2%	704 100%
Avaliação satisfação da comunicação	27 14,8%	12 6,6%	25 13,6%	91 49,7%	28 15,3%	183 100%
Bem estar físico	4 4,4%	6 6,6%	12 13,2%	14 15,4%	55 60,4%	91 100%
Bem estar social/familiar	2 2,2%	7 7,7%	12 13,2%	48 52,7%	22 24,2%	91 100%
Bem estar emocional	7 9,0%	4 5,1%	10 12,8%	13 16,7%	44 56,4%	78 100%
Bem estar funcional	2 2,2%	7 7,7%	12 13,2%	48 52,7%	22 24,2%	91 100%
Preocupações adicionais	15 10,5%	20 14,0%	15 10,4%	35 24,5%	58 40,6%	143 100%

Estes dados revelam que os 13 (25%) pacientes laringectomizados que se comunicam pela voz esofágica, apresentam uma boa qualidade de vida, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das

porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das cinco subescalas destinadas a esta avaliação: bem estar físico 75,8%; bem estar social/familiar 76,9%; bem estar emocional 73,1%; bem estar funcional 76,9% e preocupações adicionais 65,1%.

Contudo, os mesmos pacientes laringectomizados que utilizam atualmente este método de comunicação por voz esofágica apresentam uma boa satisfação da comunicação, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo), somando-se as respostas das porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das duas subescalas destinadas a esta avaliação: avaliação funcional da comunicação 56,4% e avaliação da satisfação da comunicação 65,0%.

Nota-se que os resultados apresentados em percentuais para este grupo de laringectomizados, tiveram uma oscilação menor, sendo para a subescala da avaliação da satisfação da comunicação a menor porcentagem de 56,4% e a máxima obtida para a subescala da avaliação da qualidade de vida de 76,9%. Portanto observa-se para estes pacientes que utilizam a voz esofágica como método de reabilitação vocal uma maior homogeneidade percentual entre a boa qualidade de vida e a de boa satisfação da comunicação.

O estudo realizado por Carr et al. (2000), demonstrou em pacientes laringectomizados que utilizavam as três diferentes formas de reabilitação vocal, em apenas uma situação foi diferente entre os grupos; a pessoa que utiliza a fala esofágica se sente mais capaz em expressar emoções dos que utilizam a fala da laringe eletrônica. O usuário da fala esofágica tende a se sentir mais capaz de se comunicar na maioria das situações mencionadas.

Os dados da Tabela 15, revelam que os oito (15,3%) pacientes laringectomizados que se comunicam pela laringe eletrônica, apresentam uma boa qualidade de vida, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das cinco subescalas destinadas a esta avaliação: bem estar físico 85,7%; bem estar social/familiar 76,8%; bem estar emocional 79,2%; bem estar funcional 87,5% e preocupações adicionais 73,8%.

Tabela 15 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 8 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescalas	Freqüência e porcentagem dos escores					
	1	2	3	4	5	Total
Laringe Eletrônica						
Avaliação funcional da comunicação	55 12,6%	78 17,9%	48 11,0%	70 16,1%	185 42,4%	436 100%
Avaliação satisfação da comunicação	14 12,3%	7 6,1%	15 13,2%	71 62,3%	7 6,1%	114 100%
Bem estar físico	1 1,8%	6 10,7%	1 1,8%	6 10,7%	42 75,0%	56 100%
Bem estar social/familiar	5 8,9%	1 1,8%	7 12,5%	27 48,2%	16 28,6%	56 100%
Bem estar emocional	2 4,2%	6 12,5%	2 4,1%	11 22,9%	27 56,3%	48 100%
Bem estar funcional	2 3,6%	1 1,8%	4 7,1%	34 60,7%	15 26,8%	56 100%
Preocupações adicionais	7 8,0%	7 8,0%	9 10,2%	28 31,8%	37 42,0%	88 100%

Contudo, os mesmos pacientes laringectomizados que utilizam atualmente este método de comunicação por laringe eletrônica apresentam uma boa satisfação da comunicação, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das duas subescalas destinadas a esta avaliação:

avaliação funcional da comunicação 58,5%; e avaliação da satisfação da comunicação 68,4%.

Observa-se resultados percentuais maiores para este grupo de laringectomizados (comparando-os com o grupo que utilizam a voz esofágica) que mostraram a boa qualidade de vida para os pacientes que utilizam a laringe eletrônica sendo a menor faixa acima dos 73,8% nas cinco (subescalas para esta avaliação) e 58,5% a menor nas duas subescalas para avaliação da boa função e satisfação da comunicação.

Cabe ressaltar ainda para este grupo de laringectomizados que utilizam a laringe eletrônica como método de reabilitação vocal, que estes pacientes apresentaram os menores índices percentuais de negatividade, (comparando-os com o grupo que utilizam a voz esofágica) na somatória dos escores um e dois para as duas subescalas que avaliam a boa função e a satisfação da comunicação, respectivamente 30,5% e 18,4%.

Segundo Carr et al. (2000), o problema mais comum dos pacientes é que eles não conseguem ser ouvidos em ambientes com alto nível de barulho. Isto pode ser relacionado a diversos fatores, o primeiro deles é a incapacidade de produzir volume de voz suficiente para ser ouvido. A pronúncia acústica na voz alaríngeal, especialmente a fala com a laringe eletrônica é também muito diferente da fala laríngea. Nesta as consoantes (particularmente os pontos) são produzidos pela imposição de uma complexa função de filtro do trato vocal superior nas saídas de baixa amplitude e ruídos de aspiração durante os períodos de ausência de voz cuidadosamente sincronizados.

Isto significa que a assinatura acústica para as consoantes existente nos ruídos de aspiração é ocultada pela fala da laringe eletrônica quando o paciente está calado, mas a torna altamente vulnerável para a posterior ocultação, em ambientes com barulho, particularmente se este ruído tiver energia significativa na faixa da pronúncia acústica das consoantes. Buscar melhor fala pela laringe eletrônica tem sido o objetivo desde sua invenção talvez mais atenção para este produto fará este tipo de fala mais inteligível (CARR et al., 2000).

Os dados da Tabela 16, revelam que os sete (13,4%) pacientes laringectomizados que se comunicam pela prótese traqueoesofágica, apresentam uma boa qualidade de vida, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das cinco subescalas destinadas a esta avaliação: bem estar físico 89,8%; bem estar social/familiar 81,6%; bem estar emocional 85,6%; bem estar funcional 98,0% e preocupações adicionais 83,1%.

Tabela 16 - Distribuição de freqüências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 7 sujeitos nas subescalas avaliação funcional, avaliação da satisfação da comunicação, bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais, Ribeirão Preto - SP, 2004

Subescalas Prótese Traqueoesofágica	Freqüência e porcentagem dos escores					
	1	2	3	4	5	Total
Avaliação funcional da comunicação	41 10,7%	38 9,9%	27 7,1%	74 19,4%	202 52,9%	382 100%
Avaliação satisfação da comunicação	14 14,0%	-	7 7,0%	43 43,0%	36 36,0%	100 100%
Bem estar físico	-	4 8,2%	1 2,0%	3 6,1%	41 83,7%	49 100%
Bem estar social/familiar	1 2,0%	1 2,0%	7 14,2%	30 61,2%	10 20,4%	49 100%
Bem estar emocional	2 4,8%	2 4,8%	2 4,8%	7 16,6%	29 69,0%	42 100%
Bem estar funcional	1 2,0%	-	-	31 63,3%	17 34,7%	49 100%
Preocupações adicionais	7 9,1	2 2,6%	4 5,2%	24 31,2%	40 51,9%	77 100%

Contudo os mesmos pacientes laringectomizados que utilizam atualmente como método de comunicação à prótese traqueoesofágica, apresentam uma boa satisfação da comunicação, porque superaram o índice dos 50% (considerados neste estudo) somando-se as respostas das porcentagens dos escores quatro e cinco (maior positividade) de todos os sujeitos das duas subescalas

destinadas a esta avaliação: avaliação funcional da comunicação 72,3% e avaliação da satisfação da comunicação 79,0%.

Observa-se resultados percentuais maiores para este grupo de laringectomizados (comparando-os com os outros três grupos que utilizam a voz de bochecho, os gestos/mímica labial, escrita; a voz esofágica e a laringe eletrônica) que mostraram a boa qualidade de vida para os pacientes que utilizam a prótese traqueoesofágica sendo a menor faixa acima dos 81,6% nas cinco subescalas para esta avaliação e 72,3% a menor nas duas subescalas para avaliação da boa função e satisfação da comunicação.

Cabe ressaltar ainda, (para este grupo de laringectomizados que utilizam a prótese traqueoesofágica como método de reabilitação vocal) que estes pacientes apresentaram os menores índices percentuais de negatividade, (comparando-os com os outros três grupos que utilizam a voz de bochecho, os gestos/mímica labial, escrita; a voz esofágica e a laringe eletrônica) na somatória dos escores um e dois (maior negatividade) para as duas subescalas que avaliam a boa função e a satisfação da comunicação, respectivamente 20,6% e 14,0%.

Portanto, estes resultados revelam a importância do método de vocalização atualmente utilizado e avaliado pelo próprio paciente como uma boa satisfação da comunicação, esta classifica sua qualidade de vida também como tal. Ou seja, para estes pacientes laringectomizados que utilizam a prótese traqueoesofágica, como método de comunicação alaríngeal, eles mostraram com estes dados que a boa qualidade de vida é sinônimo de boa satisfação da comunicação atual.

Segundo os resultados do estudo de Carr et al. (2000), ao se comparar os dados fornecidos por pacientes laringectomizados que utilizavam diferentes formas de reabilitação vocal, os que faziam o uso da fala pela prótese traqueoesofágica foram melhores ranqueados e os que apenas escrevem, foram classificados como os piores enquanto qualidade de vida. Por esta justificativa, a prótese traqueoesofágica é a primeira opção de tratamento, com intuito de ser mais inteligível, comparadas com a laringe eletrônica e a voz esofágica, apesar das devidas considerações (critérios) sobre a indicação.

Os resultados inequivocamente demonstram como os pacientes laringectomizados que falam pela prótese traqueoesofágica, estão mais satisfeitos e desfrutam de melhor qualidade de vida. A abertura para colocação da prótese é um procedimento cirúrgico relativamente simples, segundo Clements et al. (1997) e a fala é retomada rapidamente. Este método de produção de fala deveria segundo o autor, ser considerado um procedimento de escolha pela restauração da fala em pacientes submetidos a laringectomia total. Contudo, o mesmo reconhece as linguagens esofágicas e por laringe eletrônica, como alternativas também eficientes.

Entende-se que os resultados satisfatórios de qualidade de vida dos estudos de Carr et al. (2000) e de Clements et al. (1997) em relação à superioridade dos laringectomizados que utilizam a prótese traqueoesofágica, ao invés da laringe eletrônica, da voz esofágica e da escrita, devem ser considerados em seu contexto social, onde os pacientes são de um grupo seletivo, o que se difere no momento da realidade das 52 pessoas submetidas a laringectomia total, cadastradas no GARPO – Laringectomizado e que aceitaram participar deste estudo.

Considerando a sugestão de que a qualidade de vida pode não ser diferente para os usuários do método de comunicação traqueoesofágico, da prótese traqueoesofágica e da laringe eletrônica, os pacientes podem se beneficiar do aconselhamento pré-operatório detalhado, depois do qual eles podem tomar uma decisão mais informada considerando-se os métodos de vocalização disponíveis e o mais compatível com a sua situação atual.

Uma análise de custo-benefício não fizeram parte deste estudo, todavia, de acordo com a condição social desta população, acredita-se que a reabilitação da voz pela laringe eletrônica e a voz esofágica, pode ter menor custo para o sistema de saúde do país. Estes resultados sugerem que deve haver pouco benefício em buscar métodos mais complicados (custo) de reabilitação vocal, apesar de revelar a vocalização objetivamente superior da prótese traqueoesofágica, enquanto produção imediata da fala.

Assim, estes resultados demonstram que o método de vocalização, como o escolhido pelos pacientes submetidos a laringectomia total deste estudo, parece não afetar sua qualidade de vida, muito embora quando algumas falhas nestes sistemas de reabilitação vocais não são superadas, como os que ainda se comunicam por voz bochecho, gesto/mímica e escrita, apresentam uma avaliação da satisfação da comunicação inferior a da sua qualidade de vida.

Por fim considera-se que os pacientes laringectomizados podem mais se beneficiar de um aconselhamento detalhado sobre os métodos de comunicação, existentes e seus custos e suas indicações específicas e estarem livres para escolher um sistema de reabilitação vocal compatível com seu estilo de vida.

6.2.1. Validade de construto

Com intuito de verificar se os domínios pré-definidos se confirmam, ou se novos domínios poderiam ser formados, realizou-se a análise fatorial, que visa reduzir a dimensionalidade dos dados, agrupando os itens mais correlacionados em fatores (domínios). O método utilizado para a extração dos fatores foi o de Componentes Principais.

Para selecionar o número de fatores considerou-se o total de variância explicada (autovalor). Assim, foram extraídos 15 fatores com autovalores maiores que um, que explicam, no todo, 84,08% da variância total.

A Tabela 17, a seguir, mostra a variância explicada em valores absolutos e em percentuais, para cada um dos novos domínios. Cabe observar, que o novo domínio um, isoladamente, explica quase a metade da variância explicada pelos 15 fatores (36,88%).

TABELA 17 - Valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos Fatores, Ribeirão Preto - SP, 2004

Fator	Autovalor	% da variância	% variância acumulada
1	26,191	36,889	36,889
2	5,221	7,354	44,242
3	4,251	5,988	50,230
4	3,804	5,358	55,588
5	3,279	4,619	60,207
6	2,729	3,844	64,051
7	2,334	3,288	67,339
8	2,183	3,075	70,414
9	1,678	2,363	72,777
10	1,578	2,222	74,999
11	1,539	2,168	77,167
12	1,411	1,988	79,154
13	1,276	1,797	80,952
14	1,152	1,622	82,574
15	1,075	1,514	84,087

As alocações dos itens nos novos domínios baseiam-se nas correlações entre item e o fator. Cabe acrescentar que os itens podem estar correlacionados, embora mais fracamente, com outros fatores e não apenas com o fator no qual ele foi alocado, conforme apresenta a Tabela 18.

TABELA 18 - Matriz de correlação dos itens com os novos fatores, Ribeirão Preto - SP, 2004

Item	FATOR														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
F50	4,20	,160	,753	,150	-1,48	,128	,257	-1,74	,107	,146	-1,27	-8,62	,147	,164	-7,73
F59	8,13	,684	,174	-5,46	,147	-2,32	6,71	7,39	-,204	-7,68	2,03	,153	-,235	-,297	2,65
F77	-2,36	9,22	7,38	8,62	,970	1,47	6,53	3,76	2,85	-6,97	5,38	4,00	2,51	6,15	-7,35
F25	4,89	,107	9,22	6,03	,963	-3,29	7,31	-1,98	2,59	3,53	2,44	1,80	-2,82	-3,70	-6,32
F37	,175	,191	9,66	,148	,117	,206	5,27	1,24	,706	-,150	-6,76	,173	2,47	5,16	-,289
F71	,323	,299	8,22	,154	4,05	7,01	,593	2,86	-,191	-5,30	,366	,105	7,81	-9,08	3,91
S80	,798	,274	6,20	,267	-4,61	-4,39	-,151	,163	2,67	,150	2,00	5,58	,137	3,40	6,15
S82	,816	,180	8,96	5,72	2,18	6,84	4,79	7,52	8,94	8,08	-1,63	-,156	5,47	,182	,103
F27	,279	,263	,346	8,42	6,99	,190	,493	,118	-8,06	,133	-,131	,357	,193	7,76	-1,61
F36	,151	1,19	-,115	4,76	-7,45	,250	-,287	-,158	,634	,186	-3,58	-,283	,122	,254	-8,29
F38	,205	7,18	,175	7,81	-,242	,513	-8,70	,190	,370	-,300	-1,37	,333	3,24	,107	-5,98
F41	,213	,208	,493	9,58	,348	,223	,319	1,01	-,204	-,154	2,54	,104	-8,64	-5,92	-4,67
F44	-6,36	,149	-2,31	6,83	,141	-3,75	-6,43	6,36	2,76	-,157	,840	-8,19	-4,18	4,18	-8,23
F49	,121	,158	,684	9,71	3,89	-2,03	,114	,139	5,43	-,293	-,200	5,41	-,192	8,84	7,00
F69	,334	,145	,377	9,10	,149	4,85	,163	5,41	,282	,106	,348	-,134	-,383	-,107	,291
F70	-,153	,195	-108	9,09	-,158	-,155	,171	6,60	-,387	,142	,608	-1,57	,119	-8,25	,159
S89	,457	,736	,137	7,41	,108	,119	6,75	,125	6,58	-,201	-8,20	,199	-,117	-9,09	-6,21
S90	,455	,799	,178	8,27	4,86	,159	-2,82	,150	3,60	-6,00	-3,44	1,95	3,28	-9,85	-7,76
F26	5,76	,118	,368	,277	8,31	1,39	,552	6,19	,181	-1,48	2,80	,256	,320	,272	-2,94
F32	,220	,689	,244	,219	9,54	,104	,200	,318	-4,60	3,75	7,87	,140	-,102	7,50	,196
F39	,317	,497	,358	-5,42	5,56	,173	,427	,171	-1,27	,161	-8,98	-,208	-6,64	-9,66	-3,90
F40	,473	,356	,414	2,84	5,19	,232	,191	,301	-9,51	,130	-,116	,116	,190	-,118	-5,15
F48	,161	,255	,388	,144	7,79	4,39	,184	,555	-1,84	,120	,318	5,94	,201	,162	-6,27
F64	,331	,295	,293	,309	9,82	,368	,367	,147	1,45	6,75	-5,14	5,24	3,25	,280	,213
F78	-,188	1,24	,312	-,222	9,64	-,130	,157	,257	,683	8,42	-4,81	,115	1,55	-5,47	,163
S84	,861	,152	,135	-1,80	7,23	5,38	,129	-1,62	1,32	-,142	-1,75	,157	-2,17	-1,06	1,50
S91	,419	,791	,182	1,16	6,82	,114	6,25	5,76	4,33	-7,25	-5,67	-8,51	-7,52	-1,55	2,52
F60	,340	,231	7,71	,708	8,73	9,68	3,37	-7,55	-4,32	,321	5,08	-,185	-8,97	-1,99	-3,24
F73	,310	,785	,108	,222	2,81	9,06	,104	,130	,133	,102	,257	8,07	,123	,129	3,38
S94	,684	,301	,201	,261	1,20	9,57	-3,62	5,59	-9,25	,329	-2,68	,122	3,52	-1,44	2,89
F35	,219	,275	,270	-3,88	,124	,698	9,97	3,14	-1,34	3,62	9,29	5,73	-4,19	,120	-,102
F43	,297	,292	,548	-,112	-1,95	-,238	7,19	,212	-2,06	-,198	-5,80	,172	-3,04	,134	-,315
F52	-6,57	,337	,557	,102	-3,91	7,02	9,39	-,194	-1,03	,385	,347	-3,68	5,67	1,85	1,44
S86	,680	,160	,221	,212	,105	,137	8,23	-6,65	-,119	,301	-9,31	-,228	,123	,214	6,39
S93	,840	,291	4,97	,106	-5,05	,109	6,75	-,123	,104	-,162	-2,07	,106	3,23	-,129	-4,18
F62	,255	,372	,603	-3,19	1,98	3,68	7,53	,203	-7,60	,259	-,101	,275	6,65	4,96	-,276
F24	7,07	-1,41	1,38	-8,90	-,217	1,71	3,10	7,38	-,120	1,82	-2,09	5,81	2,99	-8,43	,860
F45	,316	,441	,148	,135	,104	,195	,478	3,32	-1,65	-4,24	-,114	,161	-,281	,314	,192

continuação

TABELA 18 - Matriz de correlação dos itens com os novos fatores, Ribeirão Preto - SP, 2004 (continuação)

Item	FATOR														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
F31	1,73	,323	,373	4,73	,144	4,99	-8,30	,512	6,39	-,10	-3,7	-,29	,206	-,15	,174
F33	-3,24	3,60	3,93	,188	-,132	,840	-4,13	4,49	8,79	-2,55	-,180	-,120	6,57	2,22	7,95
F34	,276	,268	,139	-,104	,111	,762	,134	2,27	5,83	,277	4,40	5,01	-9,49	-3,71	3,51
F42	,250	,350	,401	3,22	1,68	,232	,160	,200	9,93	-5,57	-7,14	,581	2,93	-1,97	3,55
F46	,296	,771	6,10	,193	6,81	,144	-1,63	,182	8,16	6,04	,259	,106	,140	,119	-,118
F79	-4,68	,218	,220	-,225	,124	-,182	,161	-7,41	9,52	-,200	-9,71	,624	,149	-3,76	8,78
F55	,131	-3,13	,683	,203	4,04	,172	-2,37	,403	,107	9,09	-,256	-9,38	4,77	,101	2,88
F65	,244	,663	,177	-1,40	,137	4,73	,315	-,115	-2,03	9,76	-4,77	-,188	5,15	-5,68	-2,00
F72	,288	,229	,503	,264	,111	,221	,339	,124	7,43	9,19	,178	,175	,187	-7,46	-2,30
F29	,187	3,18	,427	-8,91	-4,22	1,99	,111	,236	1,86	4,33	7,63	7,20	,725	4,43	7,50
F54	,209	,321	,658	-2,95	1,99	,165	,113	,438	5,42	8,42	8,74	,150	8,69	-1,72	-,105
F56	,213	,110	4,06	,865	8,04	-2,77	,191	-2,02	-6,63	-5,18	9,63	,112	-,103	2,92	-9,96
F58	,150	-1,80	,212	,121	3,34	8,10	4,91	3,17	,106	6,10	8,41	-6,04	3,35	,848	-,117
F63	,257	,138	8,77	,845	,113	3,29	-7,39	4,88	3,29	,155	9,61	-,159	2,20	,147	3,34
F76	,523	,384	,319	,327	7,07	,204	,281	,171	-6,95	5,64	8,64	-,108	,216	-,119	1,95
S87	5,64	,131	3,55	5,87	,971	6,45	3,62	-7,45	1,03	4,17	6,93	3,30	-5,88	1,04	-6,46
S92	,670	,234	,222	-3,68	,143	,237	1,18	,339	4,05	-2,74	6,49	-,104	,201	-3,69	-7,76
F30	,156	-8,11	,721	-,203	,154	4,41	-,134	2,76	5,45	1,59	3,06	5,61	,137	-3,86	,150
F68	,396	,309	,431	,419	1,93	,222	,168	,245	-,193	-3,82	-,130	3,41	,272	3,11	,170
S88	,708	,260	,294	,231	4,25	,270	,163	,179	4,97	-7,13	-8,39	9,62	4,51	-1,07	-6,98
S81	,687	,320	,156	,446	-6,41	-1,79	1,86	,166	,137	,104	-6,16	6,80	2,99	2,13	-4,94
S83	,812	,345	2,02	-6,01	-8,92	4,58	,212	4,40	2,42	-,184	2,59	9,52	-5,73	,158	3,53
F51	5,12	,382	,741	,222	6,45	,157	3,69	-3,1	3,82	,114	,198	,105	9,14	-1,5	6,41
F61	,409	,268	,629	,196	2,51	,100	,117	,175	,256	9,23	-2,96	4,54	9,61	,239	-3,05
F66	,369	,481	,138	8,79	,126	-9,37	,517	5,57	,190	1,59	-3,97	-2,08	9,67	-,304	-,113
F28	,318	,277	,414	-,120	,153	-8,57	1,57	,158	,309	-5,88	-6,48	,135	,498	7,25	-7,04
F53	-3,30	6,06	,159	,248	-1,84	8,39	5,37	,192	4,61	,874	-,113	-,116	-5,59	8,58	3,58
F67	,271	,408	,275	,460	,149	,327	,195	5,34	,157	-5,14	-,150	6,27	,347	9,10	3,80
F75	,257	,853	6,08	,158	7,21	6,98	,155	3,75	6,91	,123	,176	4,30	,139	8,25	6,80
S85	,844	,252	,106	,264	1,30	-3,93	,240	-2,60	-1,57	-4,46	4,69	2,70	-5,71	7,85	-5,11
F47	,202	,341	,246	-6,37	-,119	7,92	8,09	,738	9,14	,176	-2,44	,105	7,24	3,76	9,71
F57	,360	,266	,420	,166	-5,28	,313	,317	,166	,171	-8,53	-2,45	-,259	,123	,216	1,52
F74	,302	,815	8,34	,211	3,12	,114	,112	7,13	8,63	,144	,204	,127	,151	8,21	8,94

Conforme se pode observar, a análise fatorial resultou em um instrumento com número menor de fatores do que os definidos inicialmente. Com intuito de se obter uma estrutura mais simples e de fácil interpretação; constatou-se que alguns itens contribuem mais (carga acima de 0,300), ou seja, são mais importantes em cada fator. No novo agrupamento em 15 fatores, 21 (29,6%) dos 71 itens tiveram a colocação no componente dois, o que sugere a pertinência da sua alocação naquele fator.

Todos os itens apresentaram carga fatorial em mais de um fator, porém foram inicialmente mantidos nos fatores em que a carga fatorial era maior. Depois para a denominação dos novos componentes, analisou-se os itens de aspecto comum que apareceram segundo o referencial da comunicação adotado (BERLO, 1979).

A interpretação dos novos fatores (componentes) e seus respectivos itens com carga fatorial decrescente estão apresentados na Tabela 19.

TABELA 19 - Descrição dos itens agrupados nos novos fatores e respectivas cargas fatoriais de extração, Ribeirão Preto – SP, 2004

Item	Componente 1 – Fonte-decodificador (habilidades de comunicação, atitudes, conhecimento, sistema social e cultura)	Carga fatorial
F34	O meu modo de falar requer um esforço de vontade maior	,886
F32	Não atendo telefone, devido a meu modo de falar	,869
F42	Meu modo de falar embarça-me	,863
F29	Quando saio de casa escolho ruas menos movimentadas para não encontrar conhecidos	,843
F33	O meu modo de falar requer um esforço respiratório maior	,833
F26	O meu modo de falar interfere no relacionamento com a minha família	,822
F44	A minha fala é a mesma após a cirurgia	,805
F38	Eu tenho que fazer esforço para conversar	,797
		cont.

TABELA 19 - Descrição dos itens agrupados nos novos fatores e respectivas cargas fatoriais de extração, Ribeirão Preto – SP, 2004 (cont.)

F28	Deixei de freqüentar festas (encontros sociais) por constrangimento causado pelo meu modo de falar	,789
F43	Fico aborrecido quando as pessoas pedem para repetir o que falei	,783
F72	Após a cirurgia deixei de expressar minhas idéias devido à dificuldade de falar	,766
F35	O meu modo de falar requer um esforço de motivação maior	,749
F31	Não atendo as pessoas quando tocam a campainha da minha casa	,737
Item	Componente 2 – Mensagem (conteúdo, tratamento e código)	Carga fatorial
F25	O meu modo de falar interfere no meu trabalho	,968
F74	Sou capaz de falar com amigos no telefone	,955
S90	Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com os amigos	,943
F73	Sou capaz de falar com familiares no telefone	,941
F75	Sou capaz de falar com estranhos no telefone	,941
S89	Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com a família	,932
F68	Tenho dificuldade para manter conversas longas com as pessoas	,911
S83	Eu estou satisfeito com o meu tom de voz	,910
F63	A minha fala nunca é compreendida, tenho que usar a comunicação escrita	,904
F56	Eu não posso ser entendido por ninguém então utilizo a escrita	,901
Item	Componente 2 – Mensagem (conteúdo, tratamento e código)	Carga fatorial
S91	Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com estranhos	,877
F45	Eu tenho dificuldade de falar algumas palavras	,868
F60	A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário escrever algumas palavras para que as pessoas me compreendam totalmente	,851
F24	Antes da cirurgia o meu modo de falar era fácil de entender	,833
F66	Sou capaz de mudar o meu tom de voz	,833
F36	Conversar me causa dor	,816
F64	Tenho dificuldade para produzir alguns tipos de sons	,814
S82	Eu estou satisfeito com os tipos de sons que consigo produzir	,806
F37	Conversar me causa desconforto	,799
F27	O meu modo de falar interfere no convívio com outras pessoas	,785
F71	Após a cirurgia converso menos com as pessoas	,772

cont.

TABELA 19 - Descrição dos itens agrupados nos novos fatores e respectivas cargas fatoriais de extração, Ribeirão Preto – SP, 2004 (cont.)

Item	Componente 3 – Receptor-decodificador (habilidades comunicadoras, atitudes, conhecimento, sistema social cultural)	Carga fatorial
F53	Somente meus amigos conseguem entender-me	,937
F54	Necessito de alguém para explicar (traduzir) a minha fala porque as outras pessoas não me compreendem	,872
F61	A minha fala é difícil de ser compreendida	,872
F47	Somente minha família consegue entender-me	,860
F62	Fico muito aborrecido quando as pessoas não compreendem a minha fala	,858
F51	As pessoas finalizam a conversa comigo quando não compreendem o que digo	,855
F55	Eu não consigo ser entendido por ninguém	,827
F39	Algumas pessoas têm dificuldade de entender-me	,816
F40	A maioria das pessoas tem dificuldade de entender-me	,812
F78	As pessoas percebem que eu falo de modo diferente	,808
F48	Somente uma pessoa da minha família me compreende e ela sempre me ajuda a explicar a minha fala para as outras	,796
F52	As pessoas fingem que compreenderam o que eu disse	,770
F50	A minha família não tem paciência comigo devido a minha fala	,763
F59	A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário o contato face a face	,751
F49	Tem algumas pessoas da minha família que não conversam comigo porque não entende a minha fala	,733
F79	Quando eu falo as pessoas me olham de forma diferente	,708
F41	Parece que as pessoas incomodam-se com o meu modo de falar	,704
F30	Os meus amigos deixaram de freqüentar minha casa devido a minha dificuldade para falar	,686
Item	Componente 4 – Processo de comunicação (fonte, mensagem, canal e receptor)	Carga fatorial
F77	Sou capaz de usar a minha voz para me comunicar no trabalho normalmente	,982
S87	Eu estou satisfeito com a minha comunicação no trabalho	,976
S85	Eu estou satisfeito com a minha qualidade de comunicação	,929
F46	Eu posso ser entendido na conversa por telefone	,918
S93	Eu estou satisfeito com a minha fluência de comunicação	,903
S80	Eu estou satisfeito com a minha comunicação após a cirurgia	,885
F67	Sou capaz de manter conversas longas com as pessoas	,876
		cont.

TABELA 19 - Descrição dos itens agrupados nos novos fatores e respectivas cargas fatoriais de extração, Ribeirão Preto – SP, 2004 (cont.)

Item	Componente 4 – Processo de comunicação (fonte, mensagem, canal e receptor)	Carga fatorial
S88	Eu estou satisfeito com a minha comunicação com os amigos	,872
F76	Sou capaz de usar normalmente a minha voz para me comunicar em situações sociais	,868
S81	Eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação	,867
S84	Eu estou satisfeito com o nível de compreensão da minha fala	,854
S86	Eu estou satisfeito com a minha comunicação na família	,854
F58	A minha fala é na maioria das vezes compreensiva, ocasionalmente há necessidade de repetição	,844
S94	Eu estou satisfeito com a minha qualidade de vida	,816
S92	Eu estou satisfeito com a minha interação com as pessoas	,811
F69	Minha comunicação piorou depois da cirurgia	,810
F57	A minha fala é sempre compreendida	,799
F65	Sou capaz de cantar	,758
F70	Minha comunicação melhorou depois da cirurgia	,751

Os fatores podem ser melhor definidos e interpretados com a retirada de um ou mais itens, pela análise da consistência interna, bem como pelo exame da natureza do item em questão. Porém ressalta-se que o objetivo foi alcançado com o método utilizado.

Com a finalidade de detectar quais os aspectos da satisfação da comunicação e da qualidade de vida do paciente submetido a laringectomia total, que não são satisfatórios, realizamos a média e o desvio padrão das respostas dos sujeitos em cada item do instrumento, como mostra a Tabela 20.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
AVALIAÇÃO FUNCIONAL COMUNICAÇÃO			
F24 Antes da cirurgia o meu modo de falar era fácil de entender	1 – 3	1,38	,530
F25 O meu modo de falar interfere no meu trabalho	0 – 5	,40	1,159
F26 O meu modo de falar interfere no relacionamento com a minha família	1 – 5	4,00	1,237
F27 O meu modo de falar interfere no convívio com outras pessoas	1 – 5	2,96	1,414
F28 Deixei de freqüentar festas (encontros sociais) por constrangimento causado pelo meu modo de falar	1 – 5	3,37	1,645
F29 Quando saio de casa escolho ruas menos movimentadas para não encontrar conhecidos	1 – 5	4,29	1,419
F30 Os meus amigos deixaram de freqüentar minha casa devido a minha dificuldade para falar	1 – 5	4,13	1,314
F31 Não atendo as pessoas quando tocam a campainha da minha casa	1 – 5	3,94	1,420
F32 Não atendo telefone, devido a meu modo de falar.	1- 5	2,63	1,826
F33 O meu modo de falar requer um esforço respiratório maior	1 – 5	3,25	1,480
F34 O meu modo de falar requer um esforço de vontade maior	1 – 5	2,73	1,345
F36 Conversar me causa dor	2 – 5	4,79	,696
			cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
AVALIAÇÃO FUNCIONAL COMUNICAÇÃO			
F35 O meu modo de falar requer um esforço de motivação maior	1 – 5	2,83	1,368
F37 Conversar me causa desconforto	1 – 5	4,44	1,092
F38 Eu tenho que fazer esforço para conversar	1 – 5	3,40	1,432
F39 Algumas pessoas têm dificuldade de entender-me	1 – 5	2,60	1,225
F40 A maioria das pessoas tem dificuldade de entender-me	1 – 5	3,23	1,366
F41 Parece que as pessoas incomodam-se com o meu modo de falar	1 – 5	3,21	1,194
F42 Meu modo de falar embaraça-me	1 – 5	3,79	1,391
F43 Fico aborrecido quando as pessoas pedem para repetir o que falei	1 – 5	3,81	1,522
F44 A minha fala é a mesma após a cirurgia	1 – 5	1,33	1,024
F45 Eu tenho dificuldade de falar algumas palavras	1 – 5	3,02	1,379
F46 Eu posso ser entendido na conversa por telefone	1 – 5	2,31	1,435
F47 Somente minha família consegue entender-me	1 – 5	4,04	1,371
F48 Somente uma pessoa da minha família me compreende e ela sempre me ajuda a explicar a minha fala para as outras	1 – 5	4,00	1,328
F49 Tem algumas pessoas da minha família que não conversam comigo porque não entende a minha fala	1 – 5	4,44	1,037
F50 A minha família não tem paciência comigo devido a minha fala	2 – 5	4,60	,869
F51 As pessoas finalizam a conversa comigo quando não compreendem o que digo	1 – 5	3,52	1,321

cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
AVALIAÇÃO FUNCIONAL COMUNICAÇÃO			
F52 As pessoas fingem que compreenderam o que eu disse	1 – 5	3,42	1,319
F53 Somente meus amigos conseguem entender-me	1 – 5	4,77	,807
F54 Necessito de alguém para explicar (traduzir) a minha fala porque as outras pessoas não me compreendem	1 – 5	3,85	1,349
F55 Eu não consigo ser entendido por ninguém	1 – 5	4,60	1,015
F56 Eu não posso ser entendido por ninguém então utilizo a escrita	1 – 5	4,48	1,163
F57 A minha fala é sempre compreendida	1 – 5	2,77	1,277
F58 A minha fala é na maioria das vezes compreensiva, ocasionalmente há necessidade de repetição	1 – 5	3,10	1,071
F59 A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário o contato face a face	1 – 5	3,25	1,384
F60 A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário escrever algumas palavras para que as pessoas me compreendam totalmente	1 – 5	4,17	1,309
F61 A minha fala é difícil de ser compreendida	1 – 5	3,79	1,289
F62 Fico muito aborrecido quando as pessoas não compreendem a minha fala	1 – 5	3,56	1,526
F63 A minha fala nunca é compreendida, tenho que usar a comunicação escrita	1 – 5	4,38	1,239
F64 Tenho dificuldade para produzir alguns tipos de sons	1 – 5	3,19	1,456
F65 Sou capaz de cantar	1 – 5	1,48	1,129
			cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
AVALIAÇÃO FUNCIONAL COMUNICAÇÃO			
F66 Sou capaz de mudar o meu tom de voz	1 – 5	1,90	1,332
F67 Sou capaz de manter conversas longas com as pessoas	1 – 5	2,79	1,486
F68 Tenho dificuldade para manter conversas longas com as pessoas	1 – 5	3,62	1,430
F69 Minha comunicação piorou depois da cirurgia	1 – 5	1,94	1,092
F70 Minha comunicação melhorou depois da cirurgia	1 – 5	1,27	,843
F71 Após a cirurgia converso menos com as pessoas	1 – 5	2,69	1,489
F72 Após a cirurgia deixei de expressar minhas idéias devido à dificuldade de falar	1 – 5	3,17	1,618
F73 Sou capaz de falar com familiares no telefone	1 – 5	2,44	1,638
F74 Sou capaz de falar com amigos no telefone	1 – 5	2,35	1,667
F75 Sou capaz de falar com estranhos no telefone	1 – 5	2,19	1,657
F76 Sou capaz de usar normalmente a minha voz para me comunicar em situações sociais	1 – 5	2,83	1,324
F77 Sou capaz de usar a minha voz para me comunicar no trabalho normalmente	0 – 5	,54	1,379
F78 As pessoas percebem que eu falo de modo diferente	1 – 5	1,69	,781
F79 Quando eu falo as pessoas me olham de forma diferente	1 – 5	2,21	1,073
AVALIAÇÃO SATISFAÇÃO COMUNICAÇÃO			
S80 Eu estou satisfeito com a minha comunicação após a cirurgia	1 – 5	3,29	1,348
S81 Eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação	1 – 5	3,17	1,368
			cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
AVALIAÇÃO SATISFAÇÃO COMUNICAÇÃO			
S82 Eu estou satisfeito com os tipos de sons que consigo produzir	1 – 5	2,98	1,365 cont.
S83 Eu estou satisfeito com o meu tom de voz	1 – 5	2,94	1,514
S84 Eu estou satisfeito com o nível de compreensão da minha fala	1 – 5	3,27	1,254
S85 Eu estou satisfeito com a minha qualidade de comunicação	1 – 5	3,27	1,206
S86 Eu estou satisfeito com a minha comunicação na família	1 – 5	3,65	1,064
S87 Eu estou satisfeito com a minha comunicação no trabalho	0 – 5	,42	1,177
S88 Eu estou satisfeito com a minha comunicação com os amigos	1 – 5	3,21	1,319
S89 Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com a família	1 – 5	2,54	1,627
S90 Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com os amigos	1 – 5	2,33	1,642
S91 Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com estranhos	1 – 5	2,13	1,560
S92 Eu estou satisfeito com a minha interação com as pessoas	1 – 5	3,17	1,232
S93 Eu estou satisfeito com a minha fluência de comunicação	1 – 5	3,10	1,317
S94 Eu estou satisfeito com a minha qualidade de vida	1 – 5	3,35	1,327
			cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
BEM ESTAR FÍSICO			
GP1 Estou sem energia	1 – 5	4,15	1,78
GP2 Fico enjoado	1 – 5	4,67	,857
GP3 Por causa da minha condição física, tenho dificuldade em atender as necessidades de minha família	1 – 5	3,96	1,357
GP4 Tenho dores	1 – 5	4,31	1,181
GP5 Os efeitos colaterais do tratamento me incomodam	1 – 5	4,23	1,215
GP6 Sinto-me doente	2 – 5	4,40	1,015
GP7 Tenho que me deitar durante o dia	1 – 5	3,85	1,392
BEM ESTAR SOCIAL / FAMILIAR			
GS1 Sinto que tenho um relacionamento próximo com meus amigos	1 – 5	3,15	1,258
GS2 Recebo apoio emocional da minha família	3 – 5	4,27	,598
GS3 Recebo apoio dos meus amigos	1 – 5	3,35	1,153
GS4 A minha família aceita a minha doença	1 – 5	4,12	,832
GS5 Estou satisfeito(a) com a comunicação da família sobre a minha doença	1 – 5	3,88	,963
GS6 Sinto-me próximo(a) do meu (minha) parceiro(a) ou da pessoa que me dá maior apoio	1 – 5	3,87	1,048
GS7 Estou satisfeito com a minha vida sexual	1 – 5	2,65	1,297
BEM ESTAR EMOCIONAL			
GB1 Sinto-me triste	1 – 5	3,92	1,266
GB2 Estou satisfeito(a) com a maneira em que enfrento a minha doença	1 – 5	3,69	1,020
			cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
BEM ESTAR EMOCIONAL			
GB3 Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	2 – 5	4,56	,958
GB4 Sinto-me nervoso(a)	1 – 5	3,52	1,527
GB5 Estou preocupado(a) com a idéia de morrer	1 – 5	4,27	1,254
GB6 Estou preocupado(a) que a minha condição venha a piorar	1 – 5	3,92	1,467
BEM ESTAR FUNCIONAL			
GP1 Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	1 – 5	3,62	1,191
GP2 Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa)	1 – 5	3,60	1,089
GP3 Sou capaz de sentir prazer em viver	1 – 5	3,71	,915
GP4 Aceito a minha doença	1 – 5	3,75	1,082
GP5 Durmo bem	1 – 5	4,10	1,015
GP6 Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	1 – 5	3,69	1,292
GP7 Estou satisfeito(a) com a qualidade de vida neste momento	1 – 5	3,52	1,180
PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS			
HN1 Posso comer alimentos que gosto	1 – 5	3,69	1,245
HN2 Tenho a boca seca	1 – 5	3,88	1,451
HN3 Tenho dificuldade de respirar	2 – 5	4,52	,804
HN4 A minha voz tem a qualidade e forças habituais	1 – 5	1,52	1,057
HN5 Posso comer tanto quanto quero	1 – 5	3,73	1,122
			cont.

Tabela 20 - Média e desvio padrão das respostas dos 52 sujeitos nos itens do instrumento, Ribeirão Preto – SP, 2004 (continuação)

Itens	Escore mínimo e máximo	Média	Desvio padrão
PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS			
HN6 Estou descontente com a aparência do meu rosto e pescoço	1 – 5	4,00	1,428
HN7 Posso engolir natural e facilmente	1 – 5	3,54	1,128
HN8 Fumo cigarros ou outros produtos a base de tabaco	2 – 5	4,87	,595
HN9 Tomo bebidas alcoólicas (por ex. cerveja, vinho, etc)	1 – 5	3,87	1,469
HN10 Sou capaz de comunicar-me com os outros	1 – 5	3,60	,995
HN11 Posso comer alimentos sólidos	1 – 5	3,63	1,299

Como podemos observar, os itens que ficaram abaixo da média dois (negatividade) foram:

- F24 – Antes da cirurgia o meu modo de falar era fácil de entender (Média = 1,38; Desvio padrão = ,530);
- F44 – A minha fala é a mesma após a cirurgia (Média = 1,33; Desvio padrão = 1,024);
- F65 – Sou capaz de cantar (Média = 1,48; Desvio padrão = 1,129);
- F66 – Sou capaz de mudar o meu tom de voz (Média = 1,90; Desvio padrão = 1,332);
- F69 – Minha comunicação piorou depois da cirurgia (Média = 1,94; Desvio padrão = 1,092);

- F70 – Minha comunicação melhorou depois da cirurgia (Média = 1,27; Desvio padrão = ,843);
- F78 – As pessoas percebem que eu falo de modo diferente (Média = 1,69; Desvio padrão = ,781) e
- HN4 – A minha voz tem a qualidade e forças habituais (Média = 1,52; Desvio padrão = 1,057).

Ao analisar esses itens, pode-se agrupá-los dentro de dois aspectos que são característicos do paciente laringectomizado, quais sejam, as conseqüências do tratamento cirúrgico, (com a retirada total da laringe, órgão fonador) em estágios avançados de câncer de laringe (III e IV) e o processo de reabilitação vocal-social.

A jornada do paciente com câncer geralmente começa com a confirmação do diagnóstico e o enfermeiro precisa dar suporte ao paciente e família. De acordo com Feber (2000), o enfermeiro precisa conhecer o diagnóstico e tratamento para auxiliar o paciente a alcançar melhores resultados psicossociais, proporcionando um ambiente terapêutico para a equipe dar as más notícias; dando seguimento a uma avaliação compreensiva e facilitando as habilidades de enfrentamento; proporcionando programas de ensino pré-operatório e após a alta e encaminhando o paciente para grupos de apoio.

Para List et al. (1996), o tratamento do câncer de cabeça e pescoço altera as áreas da alimentação e da fala. A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia freqüentemente resultam em deficiências cosméticas e funcionais. O desfiguramento, os distúrbios na fala e da alimentação são as seqüelas mais comuns. A perda da voz e o desfiguramento facial podem afetar a auto-estima e provocar reações de repulsa e rejeição.

Para Cheier e Carver (2001) o diagnóstico de câncer provoca uma interrupção na vida em muitos níveis e as pessoas reagem ao diagnóstico e tratamentos de formas diferentes. Alguns lidam relativamente bem com todas as adversidades; outros se ajustam com maior dificuldade. Esses autores acreditam que as pessoas que respondem bem ao diagnóstico e tratamento são aqueles que mantêm a esperança e continuam a encontrar objetivos na vida durante e após seu encontro com a doença; esses autores desenvolveram o modelo de comportamento auto-regulável, que se baseia em metas traçadas e metas atingidas. Se o indivíduo não alcança as metas, ele reavalia e traça outras metas ou então, se desobriga desse objetivo. Mas, durante todo esse processo a esperança e o otimismo permanecem.

As atitudes do paciente em relação ao câncer dependem das suas experiências prévias, suas crenças sobre a doença e o tratamento. O enfermeiro deve encorajar o paciente a expressar seus medos e sentimentos para poder esclarecer as dúvidas e os conceitos equivocados para prepará-lo melhor para conviver com a doença e o tratamento (SAWADA, 2002).

O resultado do estudo realizado por Zago et al. (1998), revelou que após a cirurgia, as pessoas laringectomizadas tiveram mudanças no modo de pensar e agir, “ser diferente” pode ser compreendido com uma integração de duas subcategorias de significados culturais: “uma imagem corporal diferente”, onde para elas a percepção da imagem corporal alterada é simbolicamente negativa e fazem este relato com tristeza e o “não falar como antes” que a condição de afonia pós-operatória é outro significado relacionado ao fato de ser diferente de forma negativa.

Jones et al. (1992), ao avaliarem a qualidade de vida nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados cirurgicamente, também encontraram altos

níveis de problemas relacionados à fala, amostra do estudo era composta por 47,5% de laringectomizados.

Revelações importantes divulgadas pelo estudo de Zago et al. (1998), corroboram ao desta investigação, onde a cirurgia de laringectomia não representa uma forma de tratamento, mas sim de agressão; porque na interpretação das pessoas que tiveram suas laringes retiradas, elas não estavam tão doentes antes do procedimento de ablação, mas ficaram com anormalidades depois dele.

A reabilitação vocal no laringectomizado constitui-se numa realidade que pode ser obtida pela utilização de diferentes recursos, como a voz esofágica, laringe eletrônica ou prótese traqueoesofágica (SAWADA, 2002).

Acredita-se que qualquer que seja a reabilitação vocal do laringectomizado é importante que ele esteja atento ao seu problema de comunicação que pode ser resolvido; cabe a ele optar pelo recurso que julgar mais apropriado e que, independente do recurso selecionado, o sucesso será uma questão do seu envolvimento.

Um outro ponto importante a ser lembrado é que o paciente laringectomizado perde a habilidade fonatória, mas não perde a habilidade para se comunicar. Portanto, todos os aspectos da comunicação não-verbal estão mantidos. É muito importante que os profissionais e familiares estejam atentos aos sinais não-verbais do paciente, pois estes sinais irão revelar os sentimentos dos pacientes e complementar a forma atual de comunicação do laringectomizado (BERTONCELLO, 1999; SAWADA, 2002).

Cabe ressaltar que no pós-operatório, logo que o paciente tenha condições cognitivas e fisiológicas, é necessário encaminhá-lo para o fonoaudiólogo para que este inicie um programa de reabilitação vocal.

A reabilitação psicossocial, na qual a vocal é um dos níveis, é definida por Hoeman (1989), como um processo de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes com os quais os pacientes possam viver com dependência mínima, sintam-se capazes como seres humanos produtivos e tenham expectativa de vida após uma cirurgia mutilatória.

Um outro aspecto valorizado e abordado por Oleson e King (1989) é que entre as pessoas submetidas a laringectomia total, na sociedade ocidental, a recuperação da capacidade de falar é a expectativa de reassumir a função social, visto que a comunicação verbal-oral é culturalmente compartilhada como natural.

Corroborando com Sawada (2002) a reabilitação vocal do laringectomizado contribui muito para a sua qualidade de vida, visto que melhora a sua condição física e psicossocial. A reabilitação vocal não deve ser vista de maneira isolada, é necessário adequá-la a um contexto mais amplo que envolva a reabilitação psicológica, social, profissional, estética e funcional. Assim, se faz imprescindível a presença de uma equipe multiprofissional que busque alcançar esses objetivos.

Compartilha-se das considerações de Pedrolo e Zago (2000), de que o desfiguramento facial é uma dificuldade para a qualidade de vida do laringectomizado. Visto que as dimensões da imagem corporal alterada (ICA) são um processo de sofrimento e de desafios que requer a utilização dos seus recursos internos e de recursos externos (família, profissionais de saúde e grupo de apoio), mesmo entre os que conseguiram a reabilitação vocal. Haja vista que a ICA atribuída

pelos laringectomizados são consideradas sob a ótica da resistência às normas socioculturais de ideal de corpo, como uma forma passiva. Porém, ela lhe restitui o seu papel social, com modificações.

O afastamento social do paciente com câncer de cabeça e pescoço é conseqüente dos efeitos da patologia e seu tratamento. Bjordal et al. (1995) demonstraram que as medidas da função emocional e social foram afetadas pelos tratamentos que necessitavam de grandes ressecções e reconstruções.

Concordamos com Feber (2000) que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço enfrentam problemas sociais. O rosto e o pescoço são partes do corpo que não se pode esconder com vestuários. As alterações nessas áreas provocam curiosidade e repulsa nas pessoas, provocando distúrbios psicológicos e sociais.

Ser laringectomizado caracteriza-se por uma condição de afonia e de alteração da imagem corporal. Esta situação, sob a influência da cultura, com repercussões familiares e de ordem geral, podem interferir na qualidade de vida e dificultar a reabilitação. Deste modo, ressalta-se como no estudo de Zago et al. (1998) que apreender o significado de ser laringectomizado é o ponto inicial para os profissionais de saúde fundamentarem suas intervenções de assistência.

O trabalho de Sonobe (2001), identificou os incidentes críticos negativos relacionados ao retorno do paciente laringectomizado ao contexto social, dentre os 47 incidentes levantados, 12 foram relacionados ao isolamento social dos pacientes que foram impostos pelo afastamento e o tratamento diferenciado dos amigos pelo preconceito e rejeição, o que levou os pacientes a se recusarem a sair de casa ou receber visitas.

Uma das formas para amenizar esse problema, segundo Lepore (2001) são as redes de suporte sociais que reduzem o estresse e facilita o processo cognitivo dos indivíduos para integrar as experiências traumáticas. Acredita-se que este seja um dos caminhos para auxiliar a reintegração social do paciente com câncer de cabeça e pescoço e é o que se procura realizar, (SAWADA, 2002) com os pacientes que freqüentam o Grupo de Apoio Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizado (GARPO).

Um outro aspecto levantado no estudo do psicólogo Costa Neto et al. (1997), que constituiria benefício clínico de diagnóstico e de planejamento terapêutico, se na ocasião da primeira consulta de todos os pacientes com câncer de cabeça e pescoço pudessem avaliar a qualidade de sua vida e a mesma avaliação fosse repetida nos momentos mais críticos do tratamento ou da evolução da doença, para que fosse diminuída ou esquivada, na medida do possível, a exposição do enfermo aos fatores redutores de bem-estar, e aumentar a exposição dos mesmos aos fatores promotores de uma maior percepção de bem-estar geral.

Uma outra contribuição para a reintegração social do paciente submetido a laringectomia total, é a idéia pioneira do exercício do canto num coral formado por pessoas sem laringe, este surgiu no INCA em 1993. Este trabalho afirma que o canto também facilita o refinamento dos vários parâmetros vocais, considerando, evidentemente, suas limitações e potencialidades (INCA, 2004).

Acredita-se também que partindo dos significados culturais de “ser laringectomizado”, os profissionais de saúde integrados ao GARPO – Laringectomizado têm condição de redimensionarem suas intervenções, buscando

aprimorar o processo de reabilitação dos laringectomizados, com a participação dos seus familiares (ZAGO et al., 1998).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta investigação, em resposta aos objetivos inicialmente definidos, permitiram realizar considerações que são expostas a seguir.

O instrumento construído ficou constituído no total por 94 itens, dos quais 14 itens (14,8%) para identificação do perfil da amostra; nove itens (9,5%) para identificação da situação atual do tratamento cirúrgico; 56 itens (59,5%) foram considerados específicos para avaliação funcional da comunicação e 15 itens (15,9%) específicos para a avaliação da satisfação da comunicação do paciente submetido a laringectomia total. Além dos 94 itens, o instrumento contemplou no seu final com um espaço para sugestões composto por três linhas.

Sobre a confiabilidade do instrumento criado, considera-se que ele é consistente, segundo o emprego da análise de consistência interna dos itens que compõem (*Alfa* total de 0,9723) e nos domínios (variando de 0,9609 a 0,9554).

Em relação à análise de validade, pode-se considerar que o instrumento criado é válido, segundo os resultados obtidos pelas análises de validade de construto. Sugere-se outros estudos para verificar a validade convergente e discriminante do instrumento, utilizando-o em outras populações e comparando com essa população específica.

Para a verificação da validade de construto foi utilizada a análise fatorial dos 94 itens, resultando na extração de 15 fatores com autovalores maiores que um, que explicam, no todo, 84,0% da variância total.

Cabe considerar a efetividade do emprego do conhecimento sobre a psicometria clássica em estudos desta natureza, que possibilitou a construção e

validação de um novo e específico instrumento de medida da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total.

Considerando que a amostra utilizada, foi constituída por pacientes submetidos à cirurgia de laringectomia total, devido a câncer na região de cabeça e pescoço, no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto – Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo e que após a alta hospitalar foram encaminhados para o Grupo de Apoio Reabilitação de Pessoas Ostomizadas – Laringectomizado (GARPO). Os resultados obtidos podem não ser extensivos a todos os indivíduos que venham a apresentar este mesmo problema.

O número de itens que integram o instrumento construído e validado é extenso, podendo haver dificuldades em suas aplicações futuras.

Os estudos sobre mensuração da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total, ainda são incipientes em nosso meio e esta investigação pode ser entendida como um ponto de partida para outras dessa natureza. Espera-se que novos métodos de construção e validação de instrumento de medidas psicométricas possam estar em desenvolvimento entre outros pesquisadores.

A construção e validação de instrumentos de medida, sobretudo daqueles destinados à mensuração de fenômenos subjetivos, são um processo longo que demanda o desenvolvimento de estudos seqüenciais, não se encerrando em apenas em um trabalho inicial.

Contudo estes resultados revelam a importância do método de vocalização atualmente utilizado e avaliado pelo próprio paciente, onde os laringectomizados que utilizam a voz de bochecho, os gestos/mímica labial e a escrita, como forma de comunicação alaríngeal, a boa qualidade de vida não é

sinônimo de boa satisfação da comunicação atual. Entretanto, os que utilizam a prótese traqueoesofágica, como método de comunicação alaríngeal, eles mostraram com estes dados que a boa qualidade de vida é sinônimo de boa satisfação da comunicação atual.

É preciso considerar, também a complexidade da própria temática, que envolve uma ampla gama de variáveis relacionadas às diversas dimensões da satisfação da comunicação dos laringectomizados, bem como a subjetividade do conceito que se pretende mensurar. Por isso com o intuito de amenizar estas lacunas, o instrumento construído e validado para nossa cultura através dos pacientes do GARPO – Laringectomizado, dispõe de um espaço aberto para “sugestões” dos pacientes.

Espera-se, todavia, que apesar das limitações desse estudo, que o instrumento construído, tendo-se mostrado adequado do ponto de vista das suas propriedades de medida para aplicação entre pacientes submetidos a laringectomia total, (independente da sua condição física ou do seu tempo de reabilitação, após o câncer de laringe), que são cadastrados no grupo de apoio GARPO – Laringectomizado, possa contribuir para aprofundar a compreensão dessa temática e oferecer subsídios para o planejamento e implementação de programas de intervenções multiprofissionais que visem, efetivamente, a melhoria da sua comunicação e da sua qualidade de vida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society [ACS]. Laryngeal and hipopharyngeal cancer EUA. 1999/separata.

ALBERTI, P. W. Panel discussion: the historical development of laryngectomy, and the evolution of laryngology and laryngectomy in the mid-19th century. **Laryngoscope**, v. 85, p. 288-98, 1975.

ANDREWS, F. M.; WITHEY, S. B. **Social indicators of well-being: american's perception of life quality**. New York: Plenum, 1976.

ASSIMAKOPOULOS, D.; PATRIKAKOS, G.; LASCARATOS, J. Highlights in the Evolution of Diagnosis and Treatment of Laryngeal Cancer. **Laryngoscope**, v.113, p. 557-62, Mar. 2003.

BARRETTO, P. M. Panel discussion: the historical development of laryngectomy, ² - the South American contribution to the surgery of laryngeal cancer. **Laryngoscope**, v. 85, p. 299-321, 1975.

BEHLAU, M. S. et al. **Como ensinar a estudar**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

BEHLAU, M. S.; ZIEMER, R. Reabilitação foniátrica do laringectomizado. In: BRANDÃO, I. G.; FERRAZ, A. R. **Cirurgia de cabeça e pescoço**. São Paulo: Roca, 1989. cap. 38, p. 371-83.

BERGNER, M. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a helth status measure. **Med. Care**, v. 19, p. 787-805, 1981.

BERLO, D. K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática**. Tradução Jorge Arnaldo Fortes. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

BERTONCELLO, K. C. G. **Comunicação não-verbal do paciente em Centro de Terapia Intensiva Coronariana submetido à intubação orotraqueal**. 1999. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

BERTONCELLO, K. C. G.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M.; SAWADA, N. O. Relação de ajuda enfermeiro-paciente laringectomizado total em reabilitação fonatória Provox. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100015&Ing-pt&nrm-abn. Acesso em: 04 Mar. 2004.

BIRDWHISTELL, R. **Kinesics and Communication**. Toronto: University of Toronto, 1954. (Explorations, 3).

BJORDAL, K. et al. Patient self-reported and clinical-rated quality of life in head and neck cancer patient: a cross-sectional study. **European Journal of cancer**, v. 31 b, n. 4, p. 235-41, 1995.

BREVIDELLI, M. M. **Exposição ocupacional aos vírus da AIDS e da hepatite B: análise da influência das crenças em saúde sobre a prática de reencapar agulhas**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

BRUCE, H. et al. Quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer. **Laryngoscope**, v. 110, p. 895-906, 2000.

BUCLEY, G. Surgical treatment of head and neck cancer: general principles and care. In: FEBER, T. **Head and neck oncology nursing**. London and Philadelphia: Whurr Publishers, 2000.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLE, D. Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, v. 2, p. 451-9, 1993.

BURCKHARDT, C. S. The impact of arthritis on quality of life. **Nurs. Res.**, v. 34, n.1, p. 11-6, 1995.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. de O. A pesquisa de enfermagem no Instituto Nacional de Câncer: trajetória, tendências e perspectivas. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 49, n. 3, p. 159-66, 2003.

CAMPEBELL, A. Subjective measures of well being. **Am. Psychol.**, v.31, p. 117-24, 1976.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à laringectomia. **Rev. Paul. Enf.**, v. 22, n. 1, p. 51-61, jan./abr. 2003.

CARMAGNANI, M. I. S. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes submetidos à laringectomia total e parcial**. 1999. 90 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

CARR, M. M. et al. Communication after laryngectomy: assessment of quality of life. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 122, n. 1, p. 39-43, Jan. 2000.

CARVALHO, M. B de. Anatomia e embriologia da laringe. In: CARVALHO, M. B. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 67, p. 845-85.

CASPER, J. K.; COLTON, R. H. (Ed.). **Clinical Manual for Laryngectomy and Head and Neck Cancer Rehabilitation**. United States of America: Singular Thomson Learning, 1998. 273 p.

CHALAT, N. I. Sir Morell Mackenzie revisited. **Laryngoscope**, v. 94, p. 1307-10, 1984.

CHEIER, M. F.; CARVER, C. S. Adapting to cancer: the importance of hope and purpose. In: BAUM, A.; ANDERSEN, B. L. **Psychosocial intervention for cancer**, London: British Library Cataloguing-in-Publication Data, 2001. cap. 2, p. 15-36.

CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica: um currículo básico**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

CLEMENTS, M. D. et al. Communication After Laryngectomy: Assessment of Patient Satisfaction. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. v. 123, p. 493-6. May. 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, C. C. et al. Reabilitação vocal de laringectomizados com prótese traqueoesofágica. **Rev. Bras. de Otorrinolaringol.**, v. 67, n. 5, p. 1-14, Sept. 2001.

COSTA, R. et al. Registro brasileiro de marcapassos: escolha do modo de estimulação no ano de 1999. **Reblampa**, v. 13, n. 4, p. 228-35, 2000.

COSTA-NETO, S. B. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de câncer de cabeça e pescoço. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICÓLOGOS DA ÁREA HOSPITALAR, 5., 1997, Brasília. **Resumo**.

DEAN, H. Multiple instruments for measuring quality of life. In: FRANK-STROMBORG, M.; OLSEN, S. J. (Ed.). **Instruments for clinical health-care research**. 2. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett, 1997. cap. 10, p. 135-48.

DEDIVITIS, R. A.; GUIMARÃES, A. V.; HUSHI, G. D.; FUZA, K. R. Qualidade de vida do paciente laringectomizado. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 66, n. 1, jan./fev. 2000.

DESANTO, L. B. et al. Quality of life after surgical treatment of cancer of the larynx. **Ann.Otol.Rbinol.Laryngol.**, v. 104, p. 763-9, 1995.

DUARTE, Y. A. O. **Família rede de suporte ou fator estressor:** a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ERTHAL, T. C. **Manual de psicometria.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs**, v. 22, p. 502-8, 1995.

FEBER, T. **Head and neck oncology nursing.** London: Whurr Publishers, 2000.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psycometric properties. **Advance Nursing Science**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 1985.

_____. Psychometric assessment of the quality of life index. **Res. Nurs. Health**, v. 15, p. 29-38, 1992.

FERRELL, B. R. et al. The experiences of pain and perceptions of quality of life: validation of conceptual model. **The Hospice Journal**, v. 7, n. 3, p. 9-24, 1991.

FERRELL, B. R. et al. Measurement of Quality of life in cancer survivors. **Quality of Life Research**, v. 4, p. 523-31, 1995.

FERRELL, B. R. et al. Quality of life in breast cancer Part I :physical and social well-being. **Cancer Nursing**, v. 20, n. 6, p. 398-408, 1997.

FERRELL, B. R. et al. Quality of life in breast cancer Part II: psychological and spiritual well-being. **Cancer Nursing**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 1998.

FERRELL, B. R.; GRANT, M. M. Quality of life and symptoms. In: KING, C. R.; HINDS, P. S. **Quality of life from nursing and patient perspectives**. Massachusetts: Jones and Bartlett, 1998. cap. 8, p. 140-56.

FLANAGAN, J. C. A research approach to improving our quality of life. **Am. Psychol.**, v. 33, p. 138-47, 1978.

FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life: current state of the art. **Arch. Physical Med. Rehabil.** v. 63, p. 56-9, 1982.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext?got=last&pid=S1516-44461999000100006&Ing=en&nrm=isso> .Acesso, em 10 jan. 2003.

GOLDSTEIN, J. C.; SISSON, G. A. The history of head and neck surgery. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 115, p. 379-85, 1996.

GONÇALVES, M. I.; BEHLAU, M. S. Laringectomia total: perspectivas de reabilitação vocal. In: LOPES FILHO, O. C. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. p. 1065-77.

GRAAMANS, K.; PIRSIG, W.; BIEFEL, K. The shift in the indications for the tracheotomy between 1940 and 1955: an historical review. **J. Laryngol Otol**, v. 113, p. 624-27. 1999.

GUERRIER, Y.; ARNOUX, B. Histoires des cancers du larynx et du pharynx et de leurs traitements. **Les Cahiers Otorhinolaryngologie**, p. 13-46, 1980.

GUNTERT, A. E. V. A. **Pacientes laringectomizados: avaliação psicológica através das provas HTP, Pfister e Rorschach**. 1990. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1990.

GUYATT, G. H. et al. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. **CMAJ**, v. 140, p. 1441-8, Jun. 1989.

GUYATT, G. H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, v. 118, n. 8, p. 622-9, 1993.

HALL, E. T. **The silent language**. Doubleday, 1959.

HARRISON, D. Benjamin Guy Babington and his. **J Laryngol Otol**, v. 112, p. 235-42, 1998.

HAPP, M. B. et al. Communication needs, methods, and perceived voice quality following head and neck surgery: a literature review. In: COMMUNICATION NEEDS FOLLOWING HEAD AND NECK SURGERY. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/468719>. Acesso em: 02 Mar. 2004.

HEYLAND, D. K. et al. Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. **Crit. Care Med.**, v. 26, n. 3, p. 591-8, 1998.

HOEMAN, S. P. Cultural assessment in rehabilitation nursing practice. **Nurs Clin North Am**, v. 24, n. 1, p. 277-89, 1989.

HOLLINGER, P. H. Panel discussion: the historical development in laryngectomy, V – a century of progress of laryngectomies in the Northern hemisphere. **Laryngoscope**, v. 85, p. 322-32, 1975.

HUNT, S. M. et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v. 34, p. 281-6, 1980.

INCA – Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. Coral de laringectomizados. Disponível em: <http://.inca.gov.br/orientacoes/laringe/coral.html>. Acesso em: 09 Mar. 2004.

INCA – Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. Prevenção detecção diagnóstico e tratamento. Disponível em: <http://.inca.gov.br/cancer/laringe/>. Acesso em: 09 Mar. 2004.

INCA – Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde – DATASUS; ACS – American Cancer Society. “Incidência e Mortalidade por Câncer Brasil-EUA – Hospital do Câncer – AC Camargo.html.”, 2000.

IVANCKO, S. A personalidade do paciente de câncer. Disponível em: http://www.napacan.com.br/educando/persona_pc.asp. Acesso em: 09 Mar. 2004.

JACOBSON, S. F. Evaluating instruments for use in clinical nursing research. In: FRANK-STROMBORG, M.; OLSEN, S. J. (Ed.). **Instruments for clinical health-care research**. 2. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett. 1997. cap. 1, p. 3-19.

JENKINSON, C. Evaluating the efficacy of medical treatment possibilities and limitations. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1395-401, 1995.

JONES, E. et al. Quality of life of patients treated surgically for head and neck cancer. **Journal of Laryngology and Otology**, v. 106, p. 238-42, 1992.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers**. 1999. 85 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

KRUSCHEWSKY, et al. Complicações decorrentes do uso de prótese vocal. **Acta Cirúrgica Bras.**, v. 17, n. 3, p. 116-20, 2002.

LABORDE, J. M.; POWERS, M. J. Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis. **Res. Nurs. Health**, v. 3, p. 19-24, 1980.

LASCARATOS, G. J. et al. Professor Nicolas Taptas (1871-1955): a pioneer of post-laryngectomy voice rehabilitation. **Laryngoscope**, v. 113, p. 702-5, April, 2003.

LASCARATOS, J.; ASSIMAKOPOULOS, D. Surgery on the larynx and pharynx in Byzantium (AD 324-1453): early scientific descriptions of these operations. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 122, p. 579-83, 2000.

LEDERMAN, M. Panel discussion: the historical development of laryngectomy, VI - history of radiotherapy in the treatment of cancer of the larynx, 1896-1939. **Laryngoscope**, v. 85, p. 333-53, 1975.

LEONARD, R. C. Speech Rehabilitation. In: DONALD, P. (Ed.). **Head and neck cancer: management of the difficult case**. Philadelphia,: W.B. Saunders, 1984.

LEPORE, J. A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In: BAUM, A.; ANDERSEN, B. L. **Psycosocial intervention for cancer**. London: British Library Cataloguing-in-Publication Data, 2001. 446 p.

LINDE, C. How to evaluate quality-of-life in pacemaker patients: problems and pitfalls. **PACE**, v. 19, Part I, p. 391-7, 1996.

LIST, A. M. et al. The performance status scale for head and neck cancer patients and functional assessment of cancer therapy-head and neck scale: a study of utility and validity. **Cancer**, v. 77, p. 2294-301, 1996.

MACCALL, J.; SHACKLETON, A. Disorders of the ear, nose and throat. In: ALEXANDER, M. F.; FAWCETT, J. N.; RUNCIMAN, P. J. (Ed.) **Nursing Practice: hospital and home – the adult**. London: Churchill Livingstone, 1994. cap. 14, p. 496-520.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Pesquisa. In: **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. cap. 1, p. 15-38.

MARI, J. J. Adaptação, validação e confiabilidade de instrumentos de pesquisa aplicados em psiquiatria. In: CENTRO DE PESQUISA EM PSICOBIOLOGIA CLÍNICA (Coord.). **Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos**. São Paulo: Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia, 1989. p. 21-38.

MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. A utilização da lousa: mágica na comunicação do traqueostomizado. **Rev. latino-am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 73-9, jan. 2001.

MINEAR, D.; LUCENTE, F. E. Current attitudes of laryngectomy patients. **Laryngoscope**, v. 89, p. 1061-65, 1979.

MOHIDE, E. A.; ARCHIBALD, S. D.; TEW, M.; YOUNG, J. E.; HAINES, T. Postlaryngectomy quality-of-life dimensions identified by patients and health care professionals. **Am.J.Surg.**, v. 164, p. 619-22, 1992.

MONTEIRO, V. P.; VIEIRA, J. C. Dessanilização: critérios sócio-econômicos para definir prioridades na instalação de dessanilização no Ceará. Disponível em: **<http://www.aguabolivia.org/situacionaguaX/IIIEncAguas/contenido/trabajosverde/TC-124.htm>**. Acesso em: 18 fev. 2003.

MORREIM, E. H. Medical ethics and the future of quality of life research. **Prog. Cardiov. Nurs.**, v. 7, n. 1, p. 12-17, 1992.

NORDENFELT, L. **Quality of life, health and happiness**. Aldershot (England): Avebury, 1996.

NORONHA, M. J. R.; DIAS, F. L. **Câncer de laringe: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

OLDERIDGE, N. Cardiac rehabilitation, self-responsibility and quality of life. **J. Cardiopulm. Rehabil.**, v. 6, p. 153-6, 1986.

OLESON, M.; KING, T. W. Back to the beginning case management of the older client with alaryngeal speech needs. **J. Geront. Nurs**, v. 16, n. 12, p. 27-9, 1989.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **IMAGE. J. Nurs. Sch.**, v. 22, n. 3, p. 187-90, 1990.

OLIVEIRA, F. S de.; ZAGO, M. M. F. A experiência do laringectomizado e do familiar em lidar com as conseqüências da radioterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 54., 2002, Fortaleza – CE. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v01/artigo2.html. Acesso em: 09 Mar. 2004.

OLIVEIRA, V. B; RAMOS, G. A.; DIAS, L. A. N.; ROSONI, M. D. Avaliação nutricional e complicações pós-operatórias em pacientes portadores de carcinomas de cabeça e pescoço. **Acta Oncol. Bras.**, v. 14, n. 4, p. 159-66, ago./set. 1994.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília. Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev.Psiq.Clin.**, v. 25, n. 5, p. 206-13, Edição Especial, 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255a.htm> . Acesso em: 07 ago. 2002.

PEDROLO, F. R.; ZAGO, M. M. F. A imagem corporal alterada no laringectomizado: resignação com a condição. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 407-15, 2000.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Métodos de coleta de dados. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 8, p. 163-98.

PRUYN, J. F. A.; DEJONG, P. C.; BOSMAN, L. J.; VANPOPPEL, J. W. M. J.; VANDENBORNE, H. W.; RYCKMAN, R. M.; DEMEIJ, K. Psychosocial aspects of head and neck cancer - a review of the literature. **Clin.Otolaryngol.**, v. 11, p. 469-74, 1986.

REDKO, C. P. **A Entrega das cabeças: experiências de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** 1992. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

ROMANELLI, G. **Famílias de classes populares: socialização e identidade.** Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação./FFCLRP-USP, 1997. (mimeografado).

ROSENBERG, P. J. Total laryngectomy and cancer of the larynx. **Arch Otolaryngol**, v. 94, p. 313-16, 1971.

RUKHOLM, E.; McGIRR, M.; POTTS, J. Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 35, p. 210-6, 1998.

SÁ, J. M. D. Cuidados pós-operatórios: complicações e seqüelas. In: **Cirurgia de cabeça e pescoço.** São Paulo: Roca, 1989. cap. 10, p. 159-66.

SALVAJOLI, J. V.; FARIA, S. L. Radioterapia no carcinoma da laringe. In: CARVALHO, M. B. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia.** São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 75, p. 941-959.

SAWADA, N. O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** 2002. 104 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAWADA, N. O. **O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal .** 1995. 196 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SAWADA, N. O.; ZAGO, M. M. F.; GALVÃO, C. M.; FERREIRA, E.; BARICHELLO, E. Complicações pós-operatórias na laringectomias totais: um estudo retrospectivo. **Rev.Bras.Cancerol.**, v. 44, n.1, p. 35-41, 1998.

SLEVIN, M. L.; PLANT, H.; LYNCH, D.; DRINKWATER, J.; GREGORY, W. M. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **Br.J.Cancer**, v. 57, p. 109-12, 1988.

SONOBE, H. M. **Conflitos da família no processo de reabilitação do laringectomizado**. 2001. 118 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SONOBE, H. M. **A atividade de ensino pré-operatório com os pacientes laringectomizados**. 1996. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

SPITZER, W. O. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. **J. Chron. Dis.**, v. 40, p. 465-71, 1987.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente – teoria e ensino**. 2 ed. São Paulo (SP): Robe Editorial. 1993.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. New York: Oxford; 2001.

THAWLEY, S. E. et al. **Comprehensive management of head and neck tumors**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1999, p. 979-1005.

TROIANOS, S. Sorcery and medicine in Byzantium. **Themes Obstest Gynaecol**, v. 9, p. 305-27, 1995.

TROMPOUKIS, C. Greek Medicine in, Constantinople (1856-1923). *Atheus: Syndesmos Megaloscholiton*, p. 89-113, 203-5, 2000.

VALLERAND, A. H. et al. Theories and conceptual models to guide quality of life related research. **In:** KING, C. R.; HINDS, P. S. **Quality of life from nursing and patient perspectives**. London: Jones and Bartlett, 1998. cap. 3, p. 37-53.

VIEIRA, M. B. M.; MAIA, A. F.; RIBEIRO, J. C.; BERNARDES, G. S.; GAMA, A. C. C. Reabilitação vocal com o "SHUNT" traqueoesofágico de Amatsu em pacientes de língua portuguesa. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 18, n. 2/3, maio/ago. 1994.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. **Med. Care**, v. 30, p. 473, 1992.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **Int. J. Ment. Health**, v. 23, p. 24, 1994.

YOUNG, K. J.; LONGMAN, A. J. Quality of life and persons with melanoma: a pilot study. **Cancer Nurs.**, v. 6, p. 219-25, 1983.

ZAGO, M. M.; CASAGRANDE, L. D. R. As necessidades de aprendizagem dos pacientes laringectomizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 17-21, 1992.

ZAGO, M. M. F. **A reabilitação do paciente cirúrgico oncológico do ponto de vista da enfermagem: um modelo em construção**. 1999. 55 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O. Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 67-72, abr. 1998.

ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; STOPA, M. J. R.; MARTINEZ, E. L. O significado cultural de ser laringectomizado. **Rev.Bras.Cancerol.**, v. 44, n. 2, p. 139-45, 1998.

ZAGO, M. M. F.; STOPA, M. J. R. Os pressupostos teóricos e operacionais do grupo de apoio e reabilitação de pessoas ostomizadas (GARBO): laringectomizados. **Rev.Bras.Cancerol.**, v. 44, n. 4, p. 335-41, 1998.

ANEXO A
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 07 de novembro de 2001.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Sérgio Pereira da Cunha

MD. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa.

Prezado Senhor:

Estamos encaminhando o projeto de pesquisa intitulado: “Qualidade de vida e satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida”, a fim de ser avaliado por essa Comissão com intuito de ser realizado no Grupo de Apoio e Reabilitação a Pessoas Ostomizadas Laringectomizadas - GARPO, desta Instituição.

O projeto aborda a tese de doutorado da enfermeira: Profa. Kátia Cilene Godinho Bertoncello tendo como objetivos construir e validar um instrumento capaz de avaliar a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total cadastrados no GARPO-Laringectomizado e avaliar a qualidade de vida dos mesmos.

A população que aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento pós-informação (Anexo C), será entregue um questionário com questões abertas e fechadas, após o esclarecimento sobre a pretensão e a metodologia do estudo, onde lhe serão assegurados o anonimato e os procedimentos éticos em pesquisa.

Encontro-me à disposição para maiores esclarecimentos caso sejam necessários.

Queira receber, prezado professor, meus protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Namie Okino Sawada

ANEXO A (cont.)
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 31 de outubro de 2001.

Ilmo. Sr.a

Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago

MD. Coordenadora do GARPO - Laringectomizado

Prezada Senhora:

Estamos encaminhando o projeto de pesquisa intitulado: “Qualidade de vida e satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida”, a fim de ser avaliado por essa Comissão com objetivo de ser realizado no Grupo de Apoio e Reabilitação a Pessoas Ostomizadas Laringectomizadas - GARPO, desta Instituição.

Trata-se do projeto da tese de doutorado da enfermeira: Profa. Kátia Cilene Godinho Bertoncello que apresenta como objetivos construir e validar um instrumento capaz de avaliar a satisfação da comunicação do paciente, após a laringectomia total cadastrados no GARPO-Laringectomizado e avaliar a qualidade de vida dos mesmos.

A população que aceitar em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento pós-informação (Anexo C), será entregue um questionário com questões abertas e fechadas; após o esclarecimento sobre a pretensão e a metodologia do estudo, onde lhe será assegurado o anonimato e os procedimentos éticos em pesquisa.

Encontro-me à disposição para maiores esclarecimentos caso sejam necessários.

Queira receber, prezado professor, meus protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Namie Okino Sawada

ANEXO A (cont.)



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 145/2001

Ribeirão Preto, 19 de dezembro de 2001.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 35ª reunião ordinária, realizada em 19 de dezembro de 2001.

Protocolo: n° 0235/2001
Projeto: *A qualidade da comunicação do paciente após a laringectomia total*
Pesquisadores: **Namie Okino Sawada (Orientadora)**
Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Profª Drª Marli Villela Mamede
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Namie Okino Sawada

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP

ANEXO C

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam do documento "ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA", de que trata o Projeto de Pesquisa intitulado "Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida", que tem como pesquisador responsável o (a) Sr. (a) Profa. Dra. Namie Okino Sawada - COREn/SP: 36.936, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios, à forma de ressarcimento no caso de eventuais despesas, bem como a forma de indenização por danos decorrentes da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
4. O compromisso de me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
5. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.
6. O ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da minha participação no projeto, a ser promovido pelo _____ (Patrocinador da pesquisa).
7. Que o ressarcimento de eventuais despesas, bem como a indenização, a título de cobertura material, para reparação de danos imediatos ou tardios, decorrentes de minha participação na pesquisa, será feitos pelo _____ (Patrocinador da Pesquisa), não cabendo ao Hospital das Clínicas de Ribeirão, qualquer responsabilidade quantos aos referidos pagamentos.

DESCREVEREI ABAIXO AS INFORMAÇÕES DADAS AOS PACIENTES: Sou enfermeira, estou estudando as pessoas que como você precisaram fazer a cirurgia de laringectomia total, ou seja, retiram a laringe, o órgão que produz a nossa fala e agora estão aprendendo a falar de novo através de outros métodos. Por isso estou aqui para pedir a sua autorização e colaboração em responder estas perguntas que estão escritas nesta folha. O resultado deste questionário vai ser estudado, para tentar ajudar a enfermagem a cuidar melhor de você e de outras pessoas, que vão passar pela mesma situação que você está passando, por isso a importância da sua contribuição. O seu nome será mantido em sigilo e você contribuirá para resultado da pesquisa de doutorado da Prof.a Kátia Cilene Godinho Bertocello da USP-EERP.

Declaro, ainda que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, ___ de _____ de 2001.

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Pesquisador Responsável

Assinatura do Paciente

ANEXO D

Iniciais do paciente: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Registro: _____

Data da cirurgia: _____ tipo de cirurgias: _____

Data do diagnóstico da complicação: _____

1 .Local Cirúrgico

- formação de fístula
- deiscência de sutura
- infecção
- enfisema subcutâneo
- edema ganglionar
- ruptura da artéria carótida
- hematoma
- problemas com estoma

especificar:

2. Problemas Respiratórios

- pneumonia
- estenose de traquéia
- enfisema pulmonar
- atelectasia
- outros

especificar:

3. Deglutição

- dificuldade na deglutição
- estomatite
- alterações do paladar
- estenose do esôfago
- outros

especificar:

4. Sinais de Recidiva - data:

- dor torácica
- hemoptise
- disfagia
- obstrução de vias aéreas
- linfonodos aumentados na região cervical
- dor óssea
- ulceração
- sangramento
- outros

especificar:

ANEXO E

Data:
Início: Término:
Endereço: Rua no.
Bloco Apto. Telefone
Bairro Cidade
CEP Estado

Dados do laringectomizado

1. Iniciais do laringectomizado

2. Idade: 3. Sexo: () M () F

4. Cor:

- Branco
- Negro
- Mulato ou pardo
- Amarelo
- Outro. Especificar

5. Escolaridade:

- Não alfabetizado
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo

4. Estado Civil:

- casado
- desquitado
- divorciado
- solteiro
- viúvo
- separado

6. Religião

- Católica
- Protestante
- Espírita
- Ateu
- Outra. Especificar

7. Profissão:

8. Profissão do companheiro:

10. Qual a renda do laringectomizado?

Reais

Salários mínimos

11. Data da cirurgia:

12. Participa de algum grupo de orientação em saúde?

- Não () Sim () - Garpo ()
- Outro ()

13. Sabe do diagnóstico?

Não () Sim ()

ANEXO E (cont.)

14. Realiza o autocuidado da traqueostomia
Não () Quem o faz?
Sim () -higiene do estoma ()
-limpeza ()
-troca do conjunto de cânula ()

15. Como se comunica?
() gestos / mímica labial
() voz esofágica
() voz de bochecho
() prótese traqueoesofágica
() escrita

16. Costuma sair de casa sozinho?

- Não () Sim ()
-festas ou atividades sociais ()
-consultas ()
-fazer compras ()
-viajar ()
-outro () Qual?

17. Participa nas decisões dos problemas da família?

Não () Sim ()

Dados sobre o Respondente

1. Iniciais do respondente :

2. Idade:

3. Sexo: () M () F

4. Cor:

- () Branco
() Negro
() Mulato ou pardo
() Amarelo
() Outro. Especificar

5. Escolaridade:

- () Não alfabetizado
() Ensino Fundamental incompleto
() Ensino Fundamental completo
() Ensino Médio incompleto
() Ensino Médio completo
() Ensino Superior incompleto
() Ensino Superior completo

5. Estado Civil:

- () casado formalmente
() desquitado
() divorciado
() solteiro
() viúvo
() separado

ANEXO E (cont.)

9. Religião

- Católica
- Protestante
- Espírita
- Ateu
- Outra. Especificar

10. Profissão:

Dados sobre a família

1. Qual é aproximadamente a renda familiar?

Reais

Salários mínimos

2. O laringectomizado participa na manutenção financeira da família? Não () Sim ()

3. Casa

- própria
- alugada
- financiada
- emprestada
- outro. Especificar

4. Quantas pessoas moram na casa com o laringectomizado?

5. Qual a posição do laringectomizado na constituição familiar?

- pai
- mãe
- filho
- outro. Especificar

6. Quem assumiu maior responsabilidade pelo acompanhamento do tratamento do laringectomizado ?

- esposo(a)
- filho(a)
- outro. Especificar

7. Algum membro da família participa do Garpo?

Não () Sim () Quem?

Dados sobre o convívio familiar

1. Qual (is) a(s) principal(is) dificuldade(s) que o Sr(a) tem para ajudar o laringectomizado em sua casa?

- em relação à alimentação
- financeira
- emocional
- atividades sociais
- relacionamento pessoal
- insegurança
- atividades de lazer
- atividade de trabalho
- tratamento da doença
- realizar os cuidados da traqueostomia

- aparecimento de complicações
- outras. Especificar

ANEXO E (cont.)

2. Houve necessidade de modificar a rotina de sua casa para cuidar/ajudar o laringectomizado?

- Não
- Sim. Por quê?

3.O Sr (a) teve algum tipo de problema com o laringectomizado fora de casa (por exemplo em festas, na casa de amigos ou lojas) pelo fato dele(a) apresentar traqueostomia?

- Não
- Sim. Especificar

4. Depois da cirurgia o Sr(a) observou mudanças nos hábitos do laringectomizado em casa?

- Não
- Sim. Qual(is) ?

5. O Sr (a) acredita que ele se sente diferente das outras pessoas depois da cirurgia?

- Não
- Sim. Especificar

6.O Sr(a) acredita que situações de ordem familiar (relacionamentos entre as pessoas da família, manutenção financeira, divisão de tarefas e responsabilidades, entre outras) tenham sofrido influência devido à doença do laringectomizado?

- Não
- Sim. Especificar

7.O Sr (a) acredita que a sua família tem conseguido oferecer a ajuda necessária ao laringectomizado ?

- Não
- Sim. Como?

8.O Sr(a) acredita que seu relacionamento com o laringectomizado modificou?

- Não
- Sim. Especifique

9.Os membros da família tiveram dificuldade para enfrentar o fato do laringectomizado ter câncer de laringe?

- Não
- Sim
- Por quê?

- preocupação
- medo
- tranquilidade
- indiferença
- preconceito
- outro. Especificar

ANEXO F

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO APÓS LARINGECTOMIA TOTAL

PARTE I: Por favor, responder a todas as perguntas. Observação: quando o paciente não for alfabetizado, é permitida a colaboração de alguém da família ou a pessoa que preferir. Os itens a e b serão preenchidos pela pesquisadora.

a) PERFIL DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL

1. Nome: _____ Data: ___/___/___ Telefone: _____ CEP: _____
2. Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
3. Idade: _____
4. Sexo: () masculino () feminino
5. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro _____
6. Raça: () branco () negro () amarelo () mulato () outro _____
7. Religião: () católica () protestante () espírita () outro _____
8. Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental incompleto (4º série)
() ensino fundamental completo (8º série) () ensino médio incompleto (3º colegial)
() ensino médio completo (3º colegial) () ensino superior incompleto (faculdade)
() ensino superior completo (faculdade)
9. Aposentado: () sim () não
- 9.1. Se sim: () antes da doença () por motivo da doença (cirurgia) () outro _____
10. Ex-profissão: _____ 10.1 Profissão atual ou "Bico": _____
11. Profissão do companheiro (a): _____
12. Renda familiar total em Real R\$: _____
13. Como se comunica atualmente? Há quanto tempo? _____
() escrita () gestos/mímica labial () voz de bochecho () laringe eletrônica
() voz esofágica () prótese traqueoesofágica - Qual? () Bloon-singer () Provox () outra _____
14. Participa de algum grupo de apoio em saúde?
() não () sim () GARPO () outro _____

b) SITUAÇÃO DO TRATAMENTO CIRURGICO

15. Sabe do diagnóstico médico: () sim () não
16. Data da 1ª cirurgia: ___/___/___ Data da 2ª cirurgia: ___/___/___ Data da 3ª cirurgia: ___/___/___
17. Nome de cirurgia: _____
18. Fez radioterapia? () não () sim
Quando antes e/ou após a cirurgia, número de sessões? _____
19. Fez quimioterapia? () não () sim

Quando antes e/ou após a cirurgia, número de sessões? _____

20. Está neste momento com alguma complicação após a cirúrgica () não () sim
() pontos da cirurgia que abriram () roxos pelo pescoço () infecção na cirurgia () dor
() inchaço no pescoço () problemas com a traqueostomia () outra _____

ANEXO F (cont.)

21. Está neste momento com algum problema respiratório? () não () sim
() pneumonia () fechamento de traquéia () problema no pulmão () outro _____
22. Está no momento com alguma dificuldade para engolir? () não () sim
() dificuldade para engolir comida mais sólida () dificuldade de sentir o gosto
() dificuldade para engolir líquidos () dificuldade para engolir comida mais leve
() problema no estomago () dificuldade de sentir o cheiro () outra _____
23. Está neste momento com algum sinal de volta da doença? () não () sim
() sangramento da garganta () sangramento do pulmão () dor no tórax (peito)
() dificuldade de engolir () fechamento/estreitamento da parte respiratória () feridas no pescoço
() dor nos ossos () gânglios (ínguas) aumentados na parte do pescoço () outra _____

PARTE II: os itens **c e d** serão preenchidos pela pessoa laringectomizada (ou familiar no caso de analfabetismo).

Abaixo você encontrará uma lista de declarações, que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Por favor, faça um **círculo** em um **número**, que indique até que ponto cada afirmação foi **verdadeira** para você **durante os últimos 7 dias**. Observação: a questão número **25 e 57** deverá ser respondida somente pelos pacientes **não aposentados**.

c) AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL

	Nem Um Pouco Verdadeira	Um Pouco Verdadeira	Mais ou Menos Verdadeira	Bastante Verdadeira	Muito Verdadeira
24. Antes da cirurgia minha fala (meu modo de falar) era fácil de entender...	1	2	3	4	5
25. O meu modo de falar interfere no meu trabalho.....	1	2	3	4	5
26. O meu modo de falar interfere no relacionamento com minha família.....	1	2	3	4	5
27. O meu modo de falar interfere na minha vida social.....	1	2	3	4	5
28. O meu modo de falar requer um esforço maior.....	1	2	3	4	5
29. Conversar me causa dor.....	1	2	3	4	5
30. Conversar me causa desconforto.....	1	2	3	4	5
31. Eu tenho que fazer esforço para conversar.....	1	2	3	4	5
32. Algumas pessoas têm dificuldade de entender-me.....	1	2	3	4	5
33. A maioria das pessoas tem dificuldade de entender-me.....	1	2	3	4	5
35. Parece que as pessoas incomodam-se com o meu modo de falar.....	1	2	3	4	5
36. Meu modo de falar embaraça-me.....	1	2	3	4	5
37. Eu fico aborrecido quando as pessoas pedem para repetir o que falei.....	1	2	3	4	5
38. A minha fala é a mesma após a cirurgia.....	1	2	3	4	5
39. Eu tenho dificuldade de falar algumas palavras, mas posso ser entendido na conversa por telefone.....	1	2	3	4	5
40. Somente minha família pode entender-me.....	1	2	3	4	5

41. Somente meus amigos podem entender-me.....1.....2.....3.....4.....5
42. Eu não posso ser entendido por ninguém.....1.....2.....3.....4.....5
43. A minha fala é sempre compreensiva.....1.....2.....3.....4.....5
44. A minha fala é na maioria das vezes compreensiva, ocasionalmente
há necessidade de repetição.....1.....2.....3.....4.....5

ANEXO F (cont.)

45. A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário o contato
face a face.....1.....2.....3.....4.....5
46. A minha fala é de difícil compreensão.....1.....2.....3.....4.....5
47. A minha fala nunca é compreensível, tem que usar a escrita.....1.....2.....3.....4.....5
48. Tenho dificuldade para produzir alguns tipos de sons.....1.....2.....3.....4.....5
49. Sou capaz de cantar.....1.....2.....3.....4.....5
50. Sou capaz de mudar o seu tom de voz.....1.....2.....3.....4.....5
51. Minha comunicação tornou-se pior depois da cirurgia.....1.....2.....3.....4.....5
52. Minha comunicação tornou-se melhor depois da cirurgia.....1.....2.....3.....4.....5
53. Sou capaz de conversar pelo telefone.....1.....2.....3.....4.....5
54. Sou capaz de falar com familiares no telefone.....1.....2.....3.....4.....5
55. Sou capaz de falar com amigos no telefone.....1.....2.....3.....4.....5
56. Sou capaz de falar com estranhos no telefone.....1.....2.....3.....4.....5
57. Sou capaz de usar a sua voz para comunicar-se no meu
trabalho normalmente.....1.....2.....3.....4.....5

d) AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL

Por favor, faça um **círculo** em um **número**, que indique até que ponto cada afirmação foi **verdadeira** para você **durante os últimos 7 dias**. No que se refere, a **satisfação** com a sua **comunicação** após a cirurgia de laringectomia total.

- | | Pouco | Um
Verdadeira | Nem
Pouco
Verdadeira | Um
ou
Menos | Mais
Verdadeira | Bastante
Verdadeira | Muito |
|--|-------|------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------|
|--|-------|------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------|
58. Eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação.....1.....2.....3.....4.....5
59. Eu estou satisfeito com o meu modo (método) de comunicação.....1.....2.....3.....4.....5
60. Eu estou satisfeito com a comunicação pelo telefone.....1.....2.....3.....4.....5
61. Eu estou satisfeito com a interação com outras pessoas.....1.....2.....3.....4.....5
62. Eu estou satisfeito com a qualidade de vida.....1.....2.....3.....4.....5

ANEXO G

INSTRUÇÃO PARA JUÍZES 20/03/2002

Prezadas colegas:

Profas. Dras: Márcia Maria Fontão Zago/Helena M. Sonobe/Rosana Spadoti Dantas

Estamos desenvolvendo um estudo em nível de doutorado, no Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que tem como título: “QUALIDADE DE VIDA E A SATISFAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL: construção e validação de um instrumento de medida”, e tem como objetivos: construir e validar um instrumento capaz de avaliar a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total e avaliar a qualidade de vida do pacientes após a laringectomia total (será usado o instrumento que segue em anexo FACT Head & Neck - versão 4).

Por não encontrarmos um instrumento específico para avaliação da satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total, a construção inicial do instrumento de coleta de dados, deu-se principalmente pela fundamentação dos autores: CARR, et al (2000); SAWADA et al. (2001; 1998); SONOBE (2001); BERTONCELLO et al. (2000); seguida de vivências com pacientes laringectomizados do GARPO – EERP.

Solicitamos sua preciosa colaboração no sentido de analisar os itens do instrumento quanto:

- a clareza dos itens;
- a facilidade de leitura;
- compreensão dos itens;
- forma de apresentação do instrumento;
- a abrangência do conteúdo para medir a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total.

Por favor, leia atentamente cada item do instrumento e emita seu parecer e sugestões se houver. Acordamos em buscar o instrumento dentre o prazo de 10 dias úteis, dentro da sua possibilidade.

Sua colaboração é de suma importância para a continuidade dessa tese.

Desde já agradecemos sua atenção.

Profª. Dra. Namie Okino Sawada

Profª. Kátia C G Bertoncello

Orientadora da Tese
COREn 36.936

Doutoranda
COREn 59.006

ANEXO H

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO APÓS LARINGECTOMIA TOTAL

PARTE I: Por favor, responder a todas as perguntas. Observação: quando o paciente não for alfabetizado, é permitida a colaboração de alguém da família ou a pessoa que preferir.

a) PERFIL DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL

1. Nome: _____ Data: ___/___/___ Telefone: _____ CEP: _____
2. Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
3. Idade: _____
4. Sexo: () masculino () feminino
5. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro _____
6. Raça: () branca () negra () amarela () mulata () outra _____
7. Religião: () católica () protestante () espírita () outra _____
8. Escolaridade: () não alfabetizado () ensino fundamental incompleto (4º série)
() ensino fundamental completo (8º série) () ensino médio incompleto (3º colegial)
() ensino médio completo (3º colegial) () ensino superior incompleto (faculdade)
() ensino superior completo (faculdade)
9. Aposentado: () sim () não 9.1. Se não, escrever a profissão atual: _____
- 9.2. Se sim: () antes da doença () por motivo da doença (cirurgia) () outro _____
10. Ex-profissão: _____ 10.1 Profissão atual ou "Bico": _____
11. Profissão do companheiro (a): _____
12. Renda familiar total em Real R\$: _____
13. Como se comunica atualmente? Há quanto tempo? _____
() escrita () gestos/mímica labial () voz de bochecho () laringe eletrônica
() voz esofágica () prótese traqueoesofágica - Qual? () Bloon-singer () Provox () outra _____
14. Participa de algum grupo de apoio em saúde?
() não () sim
- 14.1. Se sim, qual (is): () GARPO () outro _____

b) SITUAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

15. Qual a doença que levou a cirurgia? _____
- 15.1. Sabe do diagnóstico médico: () sim () não
16. Data da 1ª cirurgia: ___/___/___ Data da 2ª cirurgia: ___/___/___ Data da 3ª cirurgia: ___/___/___
17. Nome da cirurgia: _____ () não sei dizer
18. Fez radioterapia? () não () sim () não sei dizer
- 18.1. Se sim: () antes da cirurgia, número de sessões (vezes): _____
() depois da cirurgia, número de sessões (vezes): _____
19. Fez quimioterapia? () não () sim () não sei dizer
- 19.1. Se sim: () antes da cirurgia, número de sessões (vezes): _____

() depois da cirurgia, número de sessões (vezes): _____

20. Está neste momento com alguma complicação após a cirúrgica () não () sim () não sei dizer

ANEXO H (cont.)

20.1. Se sim: () pontos da cirurgia que abriram () roxos pelo pescoço () infecção na cirurgia () dor () inchaço no pescoço () problemas com a traqueostomia () outra _____

21. Está neste momento com algum problema respiratório? () não () sim () não sei dizer

21.1. Se sim: () pneumonia () fechamento de traquéia () problema no pulmão () outro _____

22. Está no momento com alguma dificuldade para engolir? () não () sim () não sei dizer

22.1. Se sim: () dificuldade para engolir comida mais sólida () dificuldade de sentir o gosto () dificuldade para engolir líquidos () dificuldade para engolir comida mais leve () problema no estomago () dificuldade de sentir o cheiro () outra _____

23. Está neste momento com algum sinal de volta da doença? () não () sim () não sei dizer

23.1. Se sim: () sangramento da garganta () sangramento do pulmão () dor no torác (peito) () dificuldade de engolir () fechamento/estreitamento da parte respiratória () feridas no pescoço () dor nos ossos () ganglios (ínguas) aumentados na parte do pescoço () outra _____

PARTE II: Abaixo você encontrará uma lista de declarações, que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Por favor, faça um **círculo** em um **número**, que indique até que ponto cada afirmação foi **verdadeira** para você **durante os últimos 7 dias**. Observação: a questão número **25, 77 e 87** deverá ser respondida somente pelos pacientes **não aposentados**.

c) AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL

	Pouco	Um Pouco Verdadeira	Nem Pouco ou Menos Verdadeira	Um ou Mais Verdadeira	Bastante Verdadeira	Muito
24. Antes da cirurgia o meu modo de falar era fácil de entender.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
25. O meu modo de falar interfere no meu trabalho.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
26. O meu modo de falar interfere no relacionamento com a minha família.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
27. O meu modo de falar interfere no convívio com outras pessoas..	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
28. Deixei de freqüentar festas (encontros sociais) por constrangimento causado pelo meu modo de falar.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
29. Quando saio de casa escolho ruas menos movimentadas para não encontrar conhecidos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
30. Os meus amigos deixaram de freqüentar minha casa devido a minha dificuldade para falar.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
31. Não atendo as pessoas quando tocam campainha da minha casa.	1.....	2.....	3.....	4.....	5	
32. Não atendo telefone, devido a meu modo de falar.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5	

33. O meu modo de falar requer um esforço respiratório maior.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
34. O meu modo de falar requer um esforço de vontade maior.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
35. O meu modo de falar requer um esforço de motivação maior.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
36. Conversar me causa dor.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

ANEXO H (cont.)

37. Conversar me causa desconforto.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
38. Eu tenho que fazer esforço para conversar.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
39. Algumas pessoas têm dificuldade de entender-me.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
40. A maioria das pessoas tem dificuldade de entender-me.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
41. Parece que as pessoas incomodam-se com o meu modo de falar.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
42. Meu modo de falar embaraça-me.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
43. Fico aborrecido quando as pessoas pedem para repetir que falei.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
44. A minha fala é a mesma após a cirurgia.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
45. Eu tenho dificuldade de falar algumas palavras.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
46. Eu posso ser entendido na conversa por telefone.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
47. Somente minha família consegue entender-me.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
48. Somente uma pessoa da minha família me compreende e ela sempre me ajuda a explicar a minha fala para as outras.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
49. Tem algumas pessoas da minha família que não conversam comigo porque não entendem a minha fala.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
50. A minha família não têm paciência comigo devido minha fala.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
51. As pessoas finalizam a conversa comigo quando não compreendem o que digo.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
52. As pessoas fingem que compreenderam o que eu disse.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
53. Somente meus amigos conseguem entender-me.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
54. Necessito de alguém para explicar (traduzir) a minha fala porque as outras pessoas não me compreendem.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
55. Eu não consigo ser entendido por ninguém.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
56. Eu não posso ser entendido por ninguém então utilizo a escrita.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
57. A minha fala é sempre compreendida.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
58. A minha fala é na maioria das vezes compreensiva, ocasionalmente há necessidade de repetição.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
59. A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário o contato face a face.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

60. A minha fala é usualmente compreensível, mas é necessário escrever algumas palavras para que as pessoas me compreendam totalmente. 1.....2.....3.....4.....5
61. A minha fala é difícil de ser compreendida.....1.....2.....3.....4.....5
62. Fico muito aborrecido quando as pessoas não compreendem a minha fala.....1.....2.....3.....4.....5

ANEXO H (cont.)

63. A minha fala nunca é compreendida, tenho que usar a comunicação escrita.....1.....2.....3.....4.....5
64. Tenho dificuldade para produzir alguns tipos de sons.....1.....2.....3.....4.....5
65. Sou capaz de cantar.....1.....2.....3.....4.....5
66. Sou capaz de mudar o meu tom de voz.....1.....2.....3.....4.....5
67. Sou capaz de manter conversas longas com as pessoas.....1.....2.....3.....4.....5
68. Tenho dificuldade para manter conversas longas com pessoas.....1.....2.....3.....4.....5
69. Minha comunicação piorou depois da cirurgia.....1.....2.....3.....4.....5
70. Minha comunicação melhorou depois da cirurgia.....1.....2.....3.....4.....5
71. Após a cirurgia converso menos com as pessoas.....1.....2.....3.....4.....5
72. Após a cirurgia deixei de expressar minhas idéias devido à dificuldade de falar.....1.....2.....3.....4.....5
73. Sou capaz de falar com familiares no telefone.....1.....2.....3.....4.....5
74. Sou capaz de falar com amigos no telefone.....1.....2.....3.....4.....5
75. Sou capaz de falar com estranhos no telefone.....1.....2.....3.....4.....5
76. Sou capaz de usar normalmente a minha voz para me comunicar em situações sociais.....1.....2.....3.....4.....5
77. Sou capaz de usar a minha voz para me comunicar no trabalho normalmente.....1.....2.....3.....4.....5
78. As pessoas percebem que eu falo de modo diferente.....1.....2.....3.....4.....5
79. Quando eu falo as pessoas me olham de forma diferente.....1.....2.....3.....4.....5

d) AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DO PACIENTE APÓS A LARINGECTOMIA TOTAL

Por favor, faça um **círculo** em um **número**, que indique até que ponto cada afirmação foi **verdadeira** para você **durante os últimos 7 dias**. No que se refere, a **satisfação** com a sua **comunicação** após a cirurgia de laringectomia total.

Nem	Um	Mais	Bastante	Muito
Um	Pouco	ou	Verdadeira	Verdadeira
Pouco	Verdadeira	Menos		
Verdadeira		Verdadeira		

80. Eu estou satisfeito com a minha comunicação após a cirurgia.....1.....2.....3.....4.....5

81. Eu estou satisfeito com a minha forma de comunicação.....	1	2	3	4	5
82. Eu estou satisfeito com os tipos de sons que consigo produzir....	1	2	3	4	5
83. Eu estou satisfeito com o meu tom de voz.....	1	2	3	4	5
84. Eu estou satisfeito com o nível de compreensão da minha fala....	1	2	3	4	5
85. Eu estou satisfeito com a minha qualidade de comunicação.....	1	2	3	4	5
86. Eu estou satisfeito com a minha comunicação na família.....	1	2	3	4	5
87. Eu estou satisfeito com a minha comunicação no trabalho.....	1	2	3	4	5

ANEXO H (cont.)

88. Eu estou satisfeito com a minha comunicação com os amigos....	1	2	3	4	5
89. Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com a família.....	1	2	3	4	5
90. Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com os amigos.....	1	2	3	4	5
91. Eu estou satisfeito com a minha comunicação pelo telefone com estranhos.....	1	2	3	4	5
92. Eu estou satisfeito com a minha interação com as pessoas.....	1	2	3	4	5
93. Eu estou satisfeito com a minha fluência de comunicação.....	1	2	3	4	5
94. Eu estou satisfeito com a minha qualidade de vida.....	1	2	3	4	5

Sugestões:
