



ORIGINAL ARTICLE

UNCERTAINTIES OF PATIENTS TO BE SUBMITTED TO TOTAL LARYNGECTOMY
INCERTEZAS DO PACIENTE A SER SUBMETIDO À CIRURGIA DE LARINGECTOMIA TOTAL
INCERTIDUMBRES DEL PACIENTE A SER SOMETIDO A LA CIRUGÍA DE LARINGECTOMÍA TOTAL

Cátia Helena Damando Salomão¹, Alexandra de Souza Melo², Emília Campos de Carvalho³

ABSTRACT

Nursing care planning for patients who will be submitted to laryngectomy should include information about the procedure and its consequences. This study aimed to identify the patient's uncertainties about this therapeutic process. Semistructured interviews were held with ten patients in the preoperative period, who were hospitalized at a public hospital in an interior city of São Paulo State, Brazil. The subjects were men between the fourth and seventh decade of life 80% and showed that they possessed information about the developments of the surgical procedures in terms of absence of voice 60% and removal of the larynx 50%, as well as about changes in life after the surgical procedure, especially about the need to stop working and the absence of their voice 40%. As to doubts, 50% affirmed that they needed even more information about the voice 30% and breathing after the surgery 30%. It is concluded that these patients need more information for better coping with the postoperative situation. **Descriptors:** nursing; laryngectomy; cancer.

RESUMO

O planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes a serem submetidos à laringectomia deve contemplar as informações sobre o procedimento e suas conseqüências. Este estudo buscou identificar as incertezas do paciente a respeito desse processo terapêutico. Foi realizada entrevista semi-estruturada com dez pacientes em período pré-operatório, internados em um hospital público de uma cidade do interior paulista. Os sujeitos, do sexo masculino, com idade entre a quarta e sétima décadas de vida 80%, mostraram ter informações a respeito dos desdobramentos do procedimento cirúrgico quanto a ausência da voz 60% e da retirada da laringe 50%, bem como sobre as mudanças na vida após o procedimento cirúrgico, em especial quanto à necessidade de parar de trabalhar e a ausência da voz 40%. A respeito das dúvidas, 50% afirmaram necessitar ainda mais informações sobre a voz 30% e a respiração após a cirurgia 30%. Conclui-se que tais pacientes necessitam de mais informações para um melhor enfrentamento da situação no pós-operatório. **Descritores:** enfermagem; laringectomia; câncer.

RESUMEN

La planificación de la atención de enfermería a los pacientes a ser sometidos a la laringectomía, debe contemplar las informaciones sobre el procedimiento y sus consecuencias. La finalidad de este estudio fue identificar las incertidumbres del paciente respecto a ese proceso terapéutico. Fue realizada entrevista semiestructurada en diez pacientes en período preoperatorio, internados en un hospital público de una ciudad del interior paulista, Brasil. Los sujetos, del género masculino, el 80% con edad entre la cuarta y séptima décadas de vida, mostraron poseer información respecto a los desdoblamientos del procedimiento quirúrgico con relación a la ausencia de la voz el 60% y la retirada de la laringe el 50%, y también sobre los cambios en la vida después del procedimiento quirúrgico, especialmente respecto a la necesidad de dejar de trabajar y la ausencia de la voz el 40%. Con relación a las dudas, el 50% afirmó necesitar todavía más información, sobre la voz el 30% y la respiración tras la cirugía el 30%. Se concluye que tales pacientes necesitan más información para un mejor afrontamiento de la situación en el postoperatorio. **Descriptor:** enfermería; laringectomía; cáncer.

¹Enfermeira. Especialista em Controle de Infecção em Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – UNAERP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: catia.damando@gmail.com; ²Enfermeira. Doutora. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – UNAERP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: melo@usp.br; ³Enfermeira. Doutora. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – UNAERP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: ecdcava@usp.br

INTRODUÇÃO

Câncer tem sido considerado um problema de saúde pública mundial, pois acarreta grandes investimentos financeiros e ônus institucional e social, tornando necessário o desenvolvimento de programas de controle epidemiológico, detecção e prevenção precoce.

Em especial, a neoplasia de laringe que representa 2% dos tumores malignos de todo o corpo¹ e aproximadamente 25% dos tumores malignos da região da cabeça e do pescoço. Predominantemente, ocorre em pessoas do sexo masculino, entre a quinta e sétima décadas de vida.² No Estado de São Paulo, representa cerca de 4% do total dos óbitos por câncer no sexo masculino.³

Quanto ao comportamento biológico dos tumores de laringe, considera-se que 96% dos casos detectados são de carcinomas epidermóides⁴, aproximadamente 2/3 desses tumores surgem na corda vocal verdadeira e 1/3 acomete a região supraglótica.¹ Para cada uma das regiões (supraglote, glote e subglote), o câncer é classificado segundo a avaliação do local do tumor, presença ou ausência de nódulos e presença de metástases.²

O primeiro sintoma referido pelo paciente usualmente é o indicativo da localização da lesão; podem apresentar odinofagia, alteração na qualidade da voz, disfagia leve e adenomegalia, sendo estes, sinais e sintomas que sugerem tumor supraglótico. Nas lesões avançadas das cordas vocais, além destes sintomas, podem ocorrer dor na garganta, disfagia e dispnéia.²

O tratamento destes tipos de neoplasias varia conforme o estadiamento do tumor, abrangendo a radioterapia, a quimioterapia e o tratamento cirúrgico, podendo ocorrer como tratamentos únicos ou combinados. Quanto ao procedimento cirúrgico, podem ocorrer a laringectomia parcial ou a total: a primeira, recomendada nas primeiras lesões localizadas na glote com uma corda vocal atingida, visando à preservação da voz; já a total, realizada quando o câncer atinge além das cordas vocais, caracterizada pela retirada do osso hióide, epiglote, cartilagem cricóide e dois ou três anéis traqueais, provocando principalmente problemas na fala e deglutição. Este procedimento ainda envolve o esvaziamento ganglionar cervical, que pode ser realizado juntamente com a laringectomia de modo mais extenso (dissecção radical) ou não.⁵

A dissecção radical ocasiona uma incapacidade funcional, manifestada pela

diminuição da mobilidade do membro superior, devido à remoção do nervo acessório. Caso realizada bilateralmente, simultânea ou não, gera índice de complicações elevado, podendo surgir o edema facial e cerebral, secundário à remoção das veias jugulares internas. Além de causar deformidade estética significativa.⁶

A cirurgia oncológica dessa área, geralmente, é considerada de médio para alto risco cirúrgico, devido às características do paciente como a idade avançada, doenças associadas, uso de álcool ou tabaco e ao porte da cirurgia caracterizada por grandes ressecções e esvaziamento cervical.⁷ Normalmente, essa característica de cirurgia radical associa-se a demora do paciente na procura dos serviços de saúde para detecção precoce dos sinais e sintomas da doença.¹

Dentre as várias alterações ocasionadas por estes tipos de procedimentos, destaca-se o comprometimento da auto-imagem.⁷⁻¹⁰ As mudanças da imagem corporal podem alterar a vida social, o auto-respeito, a sexualidade e o relacionamento sexual e, até mesmo, as oportunidades de trabalho e lazer. Cabe lembrar que esses aspectos são relevantes para a qualidade de vida da pessoa. É exemplo de mudança da imagem corporal causada pelo tratamento, a presença de sonda nasogástrica e de tubos de traqueostomia.

Sendo assim, a reabilitação de uma pessoa que sofre este tipo de procedimento deve abranger não só o físico, mas também o social e o psicológico. No que se refere à assistência pré-operatória, frente às alterações causadas pela doença e pela terapêutica, observa-se que a assistência de enfermagem neste período tem sido realizada, predominantemente, baseada em rotinas hospitalares, nem sempre considerando as necessidades de aprendizagem dos pacientes. Essa prática, na maioria das vezes, não atende as expectativas do paciente, que consiste na aquisição de conhecimento a respeito da cirurgia e de sua vida após a cirurgia.¹¹

A literatura reforça que na assistência de enfermagem pré-operatória ocorre uma preocupação com orientações rotineiras da clínica, ao invés de uma orientação a partir das necessidades do próprio paciente, perante suas dúvidas em relação a sua doença e procedimento cirúrgico a ser realizado.¹² Cabe lembrar que os cuidados nas laringectomias são considerados de grande complexidade para a enfermagem, devido à possibilidade de complicações pós-operatórias e a mutilação fisiológica e psicossocial que acarretam ao paciente.¹³

Portanto, se não houver uma pronta e efetiva atuação do enfermeiro, frente às alterações inerentes a patologia e terapêutica, tais conseqüências poderão acarretar dependência do paciente ao enfermeiro e, posteriormente, aos familiares.¹⁴

O enfermeiro tem competência técnica legal e pode contribuir para a diminuição das complicações e o tempo de recuperação pós-operatória, tornando possível desenvolver autonomia e reabilitação do paciente.¹⁵

Buscando contribuir com o planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes submetidos à laringectomia, especificamente sobre as informações que consideram relevantes no período pré-operatório, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de identificar as incertezas do paciente a respeito da cirurgia de laringectomia total.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, empregando métodos quantitativos e qualitativos. A população foi constituída de pacientes, que se encontravam no período pré-operatório de laringectomia total, internados em uma Unidade Cirúrgica de Cabeça e Pescoço de um hospital público de uma cidade do interior paulista. A amostra foi constituída por dez pacientes, representando 2/3 das cirurgias de laringectomia total realizadas no ano de 2003 no serviço citado.

Adotou-se a entrevista semi-estruturada, com um instrumento de coleta de dados composto por: dados de identificação; dados referentes à doença e à cirurgia; tempo de tratamento; mudança no estilo de vida e significado do procedimento. Este instrumento foi validado quanto à aparência por três enfermeiras e um médico e, a seguir, por um

teste de refinamento, com três pacientes que iriam se submeter à cirurgia citada, a partir do qual foi possível confirmar a pertinência do instrumento proposto. Estes sujeitos não fizeram parte da amostra em estudo.

O projeto de pesquisa, conforme previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), sob o protocolo de nº 22/03.

A coleta de dados ocorreu no dia anterior ao da cirurgia, após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; foram observados pacientes internados no período de setembro/2003 a março/2004; em média cada coleta de dados teve duração de 40 minutos.

Para a análise dos dados referentes à identificação, conhecimento da doença e tempo de tratamento, adotou-se a análise das freqüências absolutas e relativas. Com relação ao entendimento do procedimento cirúrgico, isto é, dúvidas com relação à cirurgia e sentimentos acerca das modificações ocorridas com o paciente após o procedimento cirúrgico, adotou-se a análise de conteúdo, do tipo categorial, por se tratar de entrevista.¹⁶ Cabe destacar que após a coleta de dados da pesquisa o paciente foi esclarecido quanto às dúvidas verbalizadas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por pacientes do sexo masculino, com idade compreendida entre a quarta e sétima décadas de vida, a maioria com ensino fundamental incompleto, grande parte procedente da região Ribeirão Preto sendo 90% do Estado de São Paulo. Com relação ao diagnóstico médico, 100% eram portadores de carcinoma espinocelular de laringe. (Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização social da amostra e dados relacionados à patologia. Ribeirão Preto, 2004.

Caracterização	N	%	Variabilidade
Sexo Masculino	10	100	
Idade: 5ª década de vida	04	40	44-77 anos idade 4ª década - 30% 7ª década - 30%
Religião: Católica	07	70	Evangélicos - 20% Nenhuma - 10%
Escolaridade: Fundamental incompleto	06	60	Fundamental completo - 20% Médio incompleto - 10% Superior completo - 10%
Procedência: Região de Ribeirão Preto	05	50	Ribeirão Preto - 40% Outros estados - 10%
Diagnóstico médico: Carcinoma espinocelular	10	100	

Dos sujeitos, 90% relataram saber que são portadores de câncer e 10% que pouco sabiam sobre a doença.

Quanto ao tempo de tratamento da doença, houve uma variação de dois a 13 meses. Observou-se que o conhecimento da doença está diretamente relacionado ao tempo de sua descoberta, sendo que o sujeito que menos conhecia sobre a doença apresentava o menor tempo de diagnóstico e tratamento.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico (N=10). Ribeirão Preto, 2004.

Caracterização	N	%
Ausência da voz	06	60
Retirada da laringe	05	50
Desvio trajeto da respiração (traqueostomia)	04	40
Alimentação por SNG/SNE (pós-operatório)	01	10
Drenos cervicais (pós-operatório)	01	10

Dentre os sujeitos que manifestaram falta de conhecimento sobre a ausência da voz (40%), destacam-se as seguintes falas que se seguem:

Sujeito nº 7: *Falou que vou voltar a conversar normal, quase normal.*

Sujeito nº 8: *Posso até ficar sem fala e ter que aprender a falar de novo.*

A respeito do entendimento sobre o procedimento cirúrgico (Tabela 2), observou-se que 60% da amostra tinham informações sobre a ocorrência da ausência da voz e metade sobre a retirada da laringe. Quatro deles referiram saber a respeito do desvio do trajeto da respiração, ou seja, a necessidade da traqueostomia. Os demais itens como a via de alimentação e a presença de drenos cervicais no pós-operatório e o risco cirúrgico foram citados com menor frequência (10%).

Quanto ao conhecimento dos sujeitos a respeito das mudanças na vida após o procedimento cirúrgico, observa-se que 40% dos sujeitos referiram necessidade de parar de trabalhar e sobre a ausência da voz. (Tabela 3)

Tabela 3. Distribuição da amostra acerca do conhecimento das mudanças na vida após a cirurgia (N=10). Ribeirão Preto, 2004.

Caracterização	N	%
Parar de trabalhar	04	40
Ficar sem voz	04	40
Mudança maneira de comunicação	03	30
Dependência dos familiares	01	10
Não sabia	01	10

O sujeito que relatou não saber nada sobre as mudanças, alegou que seus familiares cuidariam dele, demonstrando que provavelmente não tem noção da gravidade do problema ou interesse em conhecê-lo.

Na tabela a seguir encontram-se as respostas referentes ao significado da cirurgia para o paciente.

Tabela 3. Distribuição da amostra conforme o significado da cirurgia para sua vida. (N=10). Ribeirão Preto, 2004.

Caracterização	N	%
Esperança de Cura	08	80
Dificuldade de aceitação	03	30
Sem escolha	03	30
Preocupação com recidiva	02	20
Novidade	02	20
Remorso/Depressão	01	10

Observa-se que a esperança de cura foi citada por 80% da amostra, demonstrando que mesmo ocorrendo a ausência da voz, a retirada da laringe e o desvio do trajeto da respiração, havia ainda uma alternativa para continuarem vivendo. Em três sujeitos, esse

sentimento de esperança e cura estava relacionado com a fé em Deus, acreditando que esta divindade seria provedora do sucesso da cirurgia e traria para eles a cura. Um destes três sujeitos ainda relacionou Deus com o perdão, pois sentia remorso por estar nesta

Salomão CHD, Melo AS, Carvalho EC.

Uncertainties of patients to be submitted to total...

situação, já que conhecia os fatores de risco a que se expôs durante anos de sua vida.

Os pacientes que relataram dificuldade de aceitação de sua nova condição relacionaram este sentimento com a surpresa da descoberta do câncer; cabe destacar que são os sujeitos com os menores tempo de tratamento.

Na categoria “Sem escolha”, pode-se perceber a manifestação de conformismo ou da falta de opção de tratamento nas falas que se seguem:

Sujeito nº 2: *Esta cirurgia significa que se eu não operar, cai noutra lugar, não quero ficar com isso.*

Sujeito nº 7: *Se eu não operar perco a voz e não me alimento mais.*

Sujeito nº 9: *Já me conformei, não tem outro jeito.*

As dúvidas mencionadas pelos pacientes relacionam-se a voz (30%); a respiração após a cirurgia (30%); a alimentação (20%); a recidiva da doença (10%) e ao tempo de cura (10%).

A presença de dúvidas a respeito dos desdobramentos do procedimento a ser realizado gera falsas expectativas, medos e fantasias que podem prejudicar tais pacientes no pós-operatório, conforme exemplifica as seguintes falas:

Sujeito nº 1 : *Tenho dúvida da voz... Mas tenho certeza que Deus vai me devolver a voz.*

Sujeito nº 9: *Vou respirar pela garganta; como, não sei.*

Dado que na laringectomia total não há o retorno da fala usual e que após alguns meses, com tratamento fonoaudiólogo, poderá haver emissão da voz esofágica, reforça-se a importância destes pacientes serem informados com coerência para que não fiquem desapontados frente às suas limitações.

DISCUSSÃO

As características da amostra coincidem com os achados da literatura^{2,4}; houve predomínio de carcinoma espinocelular de laringe e esse tipo de tumor acomete mais homens, na faixa etária dos 50 aos 70 anos de idade.² Em estudo sobre a incidência de câncer nas maiores cidades do estado de São Paulo¹⁷, a cidade de Ribeirão Preto apresenta o câncer de laringe como um dos mais comuns, com uma taxa de incidência de 23,1%.

A preocupação com o trabalho justifica-se por ser a amostra composta de homens entre a quarta e quinta décadas de vida, que antes do diagnóstico da doença encontravam-se trabalhando. O fato de interromperem esta atividade reflete preocupação com a manutenção orçamentária familiar.

Considerando a educação formal, o predomínio do ensino fundamental incompleto esta em concordância com o perfil sócio-econômico da clientela atendida pela instituição onde o estudo foi realizado; indica ainda se tratar de pessoas que merecem ser abordadas com linguagem simples pelos profissionais de saúde, ao serem informados sobre a doença, tratamento e procedimentos aos quais serão submetidos e às suas conseqüências.

Os dados deste estudo demonstram pouco conhecimento dos sujeitos a respeito dos desdobramentos do procedimento cirúrgico a que se submeterão. Uma vez que 90% dos sujeitos da amostra sabiam ser portadores de câncer de laringe, esperávamos que estivessem esclarecidos sobre as mudanças permanentes e temporárias que sofreriam após o procedimento cirúrgico. Contudo, a maioria (90%) deixou de citar importantes mudanças temporárias como: a presença de sonda vesical de demora no período pós-operatório imediato, do edema facial e da extensa incisão cirúrgica cervical bilateral, fatos esses que provocam grandes alterações na auto-imagem.¹⁹ Além disso, apresentaram falta de conhecimento sobre alterações permanentes como a diminuição do olfato, do paladar e da função motora do ombro e pescoço.¹⁹ Igualmente, 70% não citaram o uso da traqueostomia.

A falta de informação sobre essas alterações pode resultar em prejuízos do relacionamento social e familiar, após a cirurgia. Tanto a alteração da imagem corporal quanto a da comunicação levam a maioria dos pacientes ao isolamento social e a certa dependência prolongada de seus familiares, caracterizada pela mudança na participação na tomada de decisão em família.¹⁰ Quando não há conhecimento ou entendimento das informações pelo paciente, ele pode sentir-se “sem escolha”. Cabe considerar que cerca de 50% a 60% dos pacientes sobrevivem mais de cinco anos após a cirurgia e a recorrência acontece em 40% dos mesmos.¹⁸

O paciente informado sobre o procedimento, irá mais confiante e seu enfrentamento da situação será maior.²⁰ Um exemplo esta na adaptação ao tipo de comunicação que o paciente empregará após a cirurgia, pois deixará de utilizar a comunicação verbal do tipo falada para utilizar a escrita e a comunicação não-verbal, por gestos. Portanto, cabe ao enfermeiro, estabelecer um processo de ensino-aprendizagem sobre a comunicação escrita e o uso de gestos, que expressem sensação de

dor, vontade de urinar ou evacuar, fome, sede e sono; enquanto o paciente estiver no período pré-operatório a equipe pode antecipar subsídios para uma efetiva comunicação após a cirurgia.

Outro aspecto que merece ser considerado, durante a assistência à saúde de um paciente com câncer no período pré-operatório, refere-se ao incentivo à visão otimista do tratamento e da vida, manifestada nesta clientela pela esperança de cura. Os pacientes portadores de algum tipo de câncer, geralmente, apresentam uma projeção de sonhos e expectativas positivas no amanhã, transformando o hoje, onde buscam sempre algo melhor para si.²¹

Considerando que um dos objetivos da assistência perioperatória é manter a segurança física e emocional do paciente¹⁵, cabe tanto incluir informações sobre o procedimento cirúrgico e os riscos e benefícios do tratamento, como empregar estratégias que preservam a esperança e o enfrentamento positivo da situação futura.

CONCLUSÕES

A partir dos dados coletados, apreende-se que os sujeitos da amostra apresentam carência de informações sobre o procedimento cirúrgico e suas conseqüências. Souberam relatar a doença e o tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado; contudo demonstraram ter pouca informação sobre o mesmo. O pequeno intervalo de tempo entre a comunicação do procedimento cirúrgico e sua realização dificulta ao paciente absorver as informações e esclarecer suas dúvidas.

Ainda que o médico transmita o diagnóstico e o tipo de tratamento aos pacientes, cabe a Enfermagem fornecer informações que favoreçam a adaptação do paciente à condição pós-cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de laringe. [acesso em: 17 nov 2007]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332
2. Araujo Filho VJF, Brandão LG, Ferraz AR. Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo: Keila & Rosenfeld; 1999. p.139-141.
3. Fundação Oncocentro de São Paulo. Mortalidade por câncer no estado de São Paulo no biênio 2001-2002. [acesso em: 12 nov 2007].

Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/fr_dados.html

4. Barbosa MM, Sá GM, Lima RA. Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço. São Paulo: Atheneu; 2001.
5. Antunes, AP. Princípios do planejamento terapêutico e avaliação geral do paciente oncológico. In: Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. São Paulo: Atheneu; 2001. p.21-29.
6. Ballantyne AJ. Indicações da dissecação cervical modificada. In: Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos. São Paulo: Roca; 1989. v.1, p.4-37.
7. Sawada NO. Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. [Livre Docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
8. Price B. Body image: nursing concepts and care. Great Britain: Prentice Hall; 1990.
9. Pedrolo FT, Zago MMF. A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. Rev Bras Cancerologia. 2000; 46(4): 407-15.
10. Feber T. Head and neck oncology nursing. London: Whurr Publishers; 2000.
11. Zago MMF. O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos: um estudo etnográfico. [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1994.
12. Sonobe HM. A atividade de ensino pré-operatório com os pacientes laringectomizados. [Dissertação]. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1996.
13. Zago MMF, Stoppa MJR, Martinez EL. O significado cultural de ser laringectomizado. Rev Bras Cancerologia. 1998; 44(2):139-45.
14. Zago MMF, Casagrande LDR. Algumas características do processo educativo do enfermeiro cirúrgico com pacientes: um ensaio. Acta Paul Enferm. 1996; 9(3): 52-59.
15. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Sudarth: tratado de enfermagem médico- cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1994.
17. Andreoni GI, Veneziano DB, Giannotti Filho O, Marigo C, Mirra AP, Fonseca LAM. Incidência de câncer em dezoito cidades do estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2001; 35(4):362-367.

Salomão CHD, Melo AS, Carvalho EC.

Uncertainties of patients to be submitted to total...

18.Kowalski LP. Câncer de cabeça e pescoço: estado atual e perspectivas futuras. *Âmbito Hospitalar* 1994; 5(59):13-25.

19.Oliveira VB, Ramos GA, Dias LAN, Rosoni MD. Avaliação nutricional e complicações pósoperatórias em pacientes portadores de carcinoma de cabeça e pescoço. *Acta Oncol Bras.* 1994;14(4):159-66.

20.Paixão AO. Consentimento informado em laringectomizados: estudo em um hospital escola. *Rev latino-am Enferm.* 2001; 9(2):104-109.

21.Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. [Tese]. Universidade de São Paulo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2003.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2007/11/22

Last received: 2007/12/09

Accepted: 2007/12/10

Publishing: 2008/01/01

Address for correspondence

Cátia Helena Damando Salomão

Rua: Elzira Sammarco Palma, 400 – casa 84.

Cond. Citta di Positano,

CEP: 14025-010 – Bosque das Juritis, Ribeirão Preto (SP), Brasil