

## CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA PESSOA LARINGECTOMIZADA\*

Olga Maimoni Aguillar<sup>1</sup>, Emília Luigia Saporiti Angerami<sup>2</sup>

---

AGUILLAR, O.M. & ANGERAMI, E.L.S. Contribuição ao estudo do processo de adaptação da pessoa laringectomizada. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 174-181, jul./dez. 1984.

---

---

**RESUMO.** Para a realização deste trabalho, utilizamos como marco conceitual a teoria da adaptação em enfermagem proposta por Callista Roy, que afirma que o papel do enfermeiro é promover a adaptação do ser humano através da avaliação e da intervenção da enfermagem. Pudemos ordenar as observações acerca dos fenômenos ocorridos e identificar situações nas quais ocorreu adaptação negativa, assim como os estímulos responsáveis pelos comportamentos. Concluímos que os problemas adaptativos no modo fisiológico são mais facilmente identificáveis e são relativamente semelhantes para diferentes pacientes. Entretanto, os do modo do autoconceito, domínio do papel e interdependências são de difícil identificação, sua frequência é alta e os pacientes apresentaram comportamentos diversos frente a situações semelhantes. As intervenções de enfermagem constaram de orientações, encaminhamentos, demonstrações e solicitações, sendo realizadas na medida em que os problemas se apresentaram.

**ABSTRACT.** A conceptual starting point to this work we use the adaptation theory in nursing, by Callista Roy, stating that the nurse's role is to promote the adaptation of the human being through evaluation and nurse intervention. We were able to organize the observations of the phenomena occurred and to distinguish the situations where negative adaptations would come up, as well as to identify the stimuli responsible for the behaviour patterns. We concluded that the adaptation problems in the physiological mode are similar on different patients. However, for those of the self-concept mode, the functional and the interdependence roles are of difficult identification; its occurrence has a high frequency rate and patients showed different behaviour patterns in face of similar situations. Nursing interventions were made of orientations, guidance, demonstrations and request, being performed whenever the problems appeared.

---

\* Resumo de Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP para obtenção do grau de mestre.

1. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.
2. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

## INTRODUÇÃO

Através do trabalho<sup>1</sup> que vínhamos realizando junto a pacientes laringectomizados, desde 1979, com a finalidade de orientá-los para o aprendizado da voz esofágica, tivemos a oportunidade de observar que além do problema de comunicação, muitos outros foram manifestados durante a reabilitação desses pacientes.

O contato que tivemos oportunidade de estabelecer com esses pacientes levou-nos a considerar que as limitações decorrentes da laringectomia total são inúmeras e carecem de atenção especial do enfermeiro no processo assistencial.

A intervenção cirúrgica coloca essa pessoa frente a uma série de estímulos que exigem sua adaptação.

Imbuídos dessa preocupação, sentimo-nos motivados a estudar e conhecer melhor os problemas adaptativos do laringectomizado, visando colaborar efetivamente no seu processo de reabilitação.

• Para a realização deste estudo, nos fundamentamos na teoria de adaptação em enfermagem proposta por CALLISTA ROY<sup>11, 12, 13, 14, 15, 16</sup> (baseada nos trabalhos de HELSON<sup>4</sup> – psicólogo fisiologista sobre níveis de adaptação). Para ROY, o homem, receptor dos cuidados de enfermagem, é visto como um ser biopsicossocial com mecanismos adaptativos inatos e adquiridos, os quais lhe permitem competir com as mudanças que lhe ocorrem, interna ou externamente. Esses modos de adaptação são: *a) modo fisiológico; b) modo do autoconceito; c) modo do domínio de papéis; d) modo da interdependência.*

Considera a doença como uma dimensão da vida do homem, que forma com a saúde um *continuum* no qual o homem se desloca conforme seu comportamento frente aos estímulos que lhe ocorrem. Esses estímulos são de três classes: *1) focal, 2) contextual, 3) residual.*

As respostas aos estímulos são ditas adaptativas ou positivas, quando favorecem a integridade do indivíduo em termos de sobrevivência, crescimento e reprodução ou negativas, quando não contribuem para isso.

Dentro desta teoria, o enfermeiro tem como função, promover a adaptação positiva do indivíduo e para isso deverá desenvolver duas ações: avaliação e intervenção. Na avaliação, o enfermeiro identifica as situações problemáticas e seus respectivos estímulos; na intervenção ele manipula estes estímulos a fim de que sejam eliminados ou que caiam dentro da zona de adaptação da pessoa.

## OBJETIVO

Este nosso trabalho teve como primeiro objetivo a identificação de situações nas quais os pacientes laringectomizados apresentam problemas de adaptação.

O segundo objetivo foi a apresentação das intervenções de enfermagem que foram realizadas frente as situações de má adaptação.

## POPULAÇÃO E METODOLOGIA

Nossa população constou de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e a amostra foi de dezessete pacientes submetidos à laringectomia total.

Caracterização da amostra – constitui-se de pessoas que sofreram laringectomia total por serem portadores de câncer de laringe. O câncer de laringe incide principalmente em pacientes do sexo masculino (95%), no grupo etário de cinquenta a setenta anos<sup>5, 17, 18</sup>; sua incidência tem sido relacionada ao hábito do fumo e do álcool, a infecções crônicas do aparelho respiratório, deficiências alimentares e poluição do ar<sup>5, 7</sup>.

A rouquidão persistente pode ser o único sintoma que leva a pessoa a procurar assistência. O tratamento radiocirúrgico é a melhor opção, trazendo, entretanto, como seqüelas anatômico-fisiológicas a perda da voz, a traqueostomia permanente, perda de olfato e parte do paladar.

## METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada com cada paciente uma entrevista para conhecermos seu interesse e disponibilidade em iniciar o aprendizado da voz esofágica. Iniciada a reabilitação, as entrevistas foram realizadas semanalmente com a duração máxima de uma hora. As entrevistas tiveram um aspecto formal referente às orientações para o aprendizado da voz esofágica (AGUILLAR & ANGERAMI)<sup>1</sup> e um aspecto informal, quando os pacientes tinham a oportunidade de falar-nos sobre sua vida e seus problemas relacionados à sua adaptação à nova forma de viver após a cirurgia.

Nossa interação com esses pacientes teve uma duração média de quatro a seis meses; retornos após seis meses e um ano, para avaliação de sua evolução ou quando julgassem necessário.

Para cada paciente foi elaborado um estudo de caso com dados obtidos nas entrevistas com o paciente, sua família e dados de seu prontuário.

Escolhemos o método de estudo de caso para a coleta dos dados, pois ele permite uma investigação aprofundada, possibilitando assim, a análise e o entendimento de variáveis importantes para o assunto abordado, além de individualizar cada pessoa<sup>10</sup>.

O nosso trabalho, portanto, é de caráter exploratório e se propõe a uma análise qualitativa dos aspectos ligados ao processo de adaptação do paciente laringectomizado, dentro do modelo proposto por ROY. Para realizarmos esta análise, seguimos os seguintes passos:

a) Estudo de caso.

b) Identificação dos comportamentos e dos respectivos estímulos.

c) Apresentação das situações e dos comportamentos a três juízes, para avaliação (se adaptativo ou mal adaptativo).

d) Quadro de avaliação dos comportamentos.

e) Intervenções de enfermagem.

f) Localização no *continuum* saúde-doença.

Segue-se um modelo de como foram elaborados estes passos para cada um dos casos analisados em nosso trabalho.

## ESTUDO DE CASO

Sr. Roque, 49 anos, casado, não possui filhos, lavrador aposentado, semi-alfabetizado, morador em uma cidadezinha distante aproximadamente trezentos quilômetros de Ribeirão Preto.

Tem uma aparência forte e sadia, entretanto apresenta dificuldade de deambulação e refere que há dezessete anos, teve uma doença no sistema nervoso, vindo a "perder as forças nas pernas", assim como a potência sexual, ocasião em que foi obrigado a se aposentar pelo Funrural, recebendo meio salário mínimo.

Refere que há dois anos começou a apresentar rouquidão persistente, que não conseguia melhorar e começou a ter dificuldade para engolir alimentos sólidos, sintomas estes que foram se agravando e culminaram com dispnéia intensa. Era fumante de aproximadamente quinze cigarros de palha por dia e não ingeria bebida alcoólica.

Procurou o Hospital das Clínicas e refere que o médico disse-lhe estar com calo nas cordas vocais, por isso devendo operar. Diz saber que

"não é doença ruim, mas se tiver que morrer, fazer o quê, todo mundo morre um dia".

O paciente foi submetido à laringectomia total e refere que foi uma experiência muito traumatizante, pois ficou com "esse buraco" no pescoço (não usa disfarce protetor), perdeu parte da movimentação do braço direito, pela extensão da cirurgia, e ficou sem falar. Diz que se soubesse como realmente iria ficar depois de operado, não teria concordado em fazer a cirurgia. Entretanto, a esposa refere que ele foi muito bem orientado quando às conseqüências da cirurgia.

Após a alta hospitalar, já estando em condições para treino da voz esofágica, foi a nós encaminhado. Veio acompanhado pela esposa, uma pessoa muito simples e com facilidade de comunicação, que falou sobre as intenções do paciente em tornar a falar e sobre a dificuldade financeira que teriam em vir aos treinos semanais.

No primeiro retorno ambulatorial, o paciente trouxe o prático de farmácia de sua cidade, para aprender a trocar a cânula de traqueostomia e fazer o curativo, pois a esposa não se sente bem em fazê-lo e ele também tem medo de tirar a cânula e não saber recolocá-la.

Sr. Roque também referiu medo de fazer a barba e o prático de farmácia é que vinha fazendo para ele.

O casal morava no sítio de um cunhado, onde eram caseiros, criavam galinhas, porcos e tinham sua horta, tendo, portanto, poucos gastos. Com a doença, foram obrigados a mudar-se para a cidade, pois o sítio é muito distante e não tem transporte que passe regularmente por lá. Alugaram uma casa pequena de três cômodos e recebem ajuda do padre do lugar e dos familiares.

A cidade onde moram é toda com ladeiras, refere que a rua onde moram é muito inclinada e que, por isso, o paciente quase não sai de casa, pela dificuldade que tem de deambulação, e que parece vem piorando, pela falta de exercícios. Quando moravam no sítio, ele andava quase o dia todo.

A esposa do Sr. Roque refere que ele se tornou "muito triste" depois que foi operado, que ele passa horas cabisbaixo, sem falar nada com ela. Conta que recebem muitas visitas de parentes e amigos, mas que ele fica quieto num canto, escutando os outros conversarem, pois ninguém entende a linguagem sussurrada que ele utiliza, somente a esposa.

Logo nas primeiras semanas de treino, Sr. Roque apresentou edema generalizado na região

cervical e disse ter sido por treinar muito. Foi encaminhado ao serviço médico para avaliação, que não constatou nenhuma anormalidade; o edema cedeu espontaneamente. Tem apresentado resfriados constantes após a cirurgia.

Num dos retornos, o paciente compareceu muito animado dizendo já estar fazendo a barba sozinho, assim como trocando a cânula e fazendo o curativo.

O paciente acha que o treino da voz esofágica é muito difícil e comentou com a esposa que não acredita que vá conseguir falar novamente.

O paciente vem tendo um bom resultado com o treinamento e a esposa disse que na nossa frente “ele fica com vergonha” mas que em casa ele já vem falando muitas palavras e inclusive o seu nome.

Eles têm vindo regularmente ao treinamento; o paciente vem se desenvolvendo com facilidade sendo estimulado constantemente pela esposa que diz estar mais ansiosa que o Sr. Roque para vê-lo falar correntemente.

Quanto a conseguirem um aumento da renda familiar, eles não vêem perspectivas, pois o lugar onde moram é muito pequeno, a única fonte de renda é na lavoura e não há condições para desenvolverem este trabalho; gostariam de voltar para a roça.

O lazer que desenvolvem é ouvir programas de rádio e conversar com os amigos e parentes que os visitam com frequência; só saem para virem aos retornos, ocasião em que a ambulância os apanha na porta de sua casa devido à dificuldade que tem Sr. Roque para andar (ver resumo a seguir).

## **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **Preocupação pela baixa renda familiar**

Na primeira entrevista, o paciente externou suas preocupações relativas ao custo do treinamento e o gasto com transporte para vir aos retornos.

Quanto ao custo do treinamento, ele foi tranquilizado, pois nada teria que pagar e quanto ao transporte, escrevemos uma carta para a prefeitura de sua cidade, solicitando condução para trazê-lo, se não semanalmente, pelo menos quinzenalmente, no que fomos atendidos – Modo de adaptação da interdependência.

### **Resfriados constantes e expectoração abundante após a cirurgia**

Orientamos o paciente para forçar uma boa hidratação, para precaver-se quanto a mudanças climáticas repentinas e também para a utilização de disfarce protetor do qual demos o modelo para sua esposa confeccionar.

O disfarce ele não vem utilizando e diz que não se acostuma – Modo de adaptação fisiológico e do autoconceito.

### **Trouxe o prático de farmácia para aprender a trocar a cânula e fazer o curativo**

Pudemos observar que o paciente e sua esposa tinham medo de manipular a traqueostomia, por isso recorreram ao prático de farmácia.

Nós o encorajamos ao autocuidado, falamos sobre a simplicidade da troca da cânula e também sobre o gasto desnecessário que estavam tendo com o prático de farmácia e todo o material utilizado. Ensinamos sua esposa a improvisar bandagens para o curativo.

Ainda nessa oportunidade, pudemos falar-lhe sobre a desabituação do uso da cânula, sendo inicialmente de alguns minutos por dia e indo aumentando gradativamente o tempo, pois a traqueostomia sem a cânula é de muito mais fácil higienização, mais cômodo e mais discreto.

O paciente passou a executar o autocuidado com segurança em pouco tempo e iniciou a desabituação da cânula de traqueostomia – Modo de adaptação do autoconceito.

### **Piora nas condições de deambulação**

Com a mudança para a zona urbana, o paciente diminuiu suas atividades motoras e tem sentido, com isso, que a limitação para deambular aumentou.

Orientamos sua esposa para executar massagens diárias nas suas pernas, assim como ao paciente para fazer exercícios ativos após a massagem, preservando assim o bom funcionamento músculo-esquelético. Solicitamos ainda ao paciente que procure andar fora de casa, auxiliado pela esposa, porque a rua onde moram é muito inclinada – Modo de adaptação fisiológico.

## IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS E OS RESPECTIVOS ESTÍMULOS

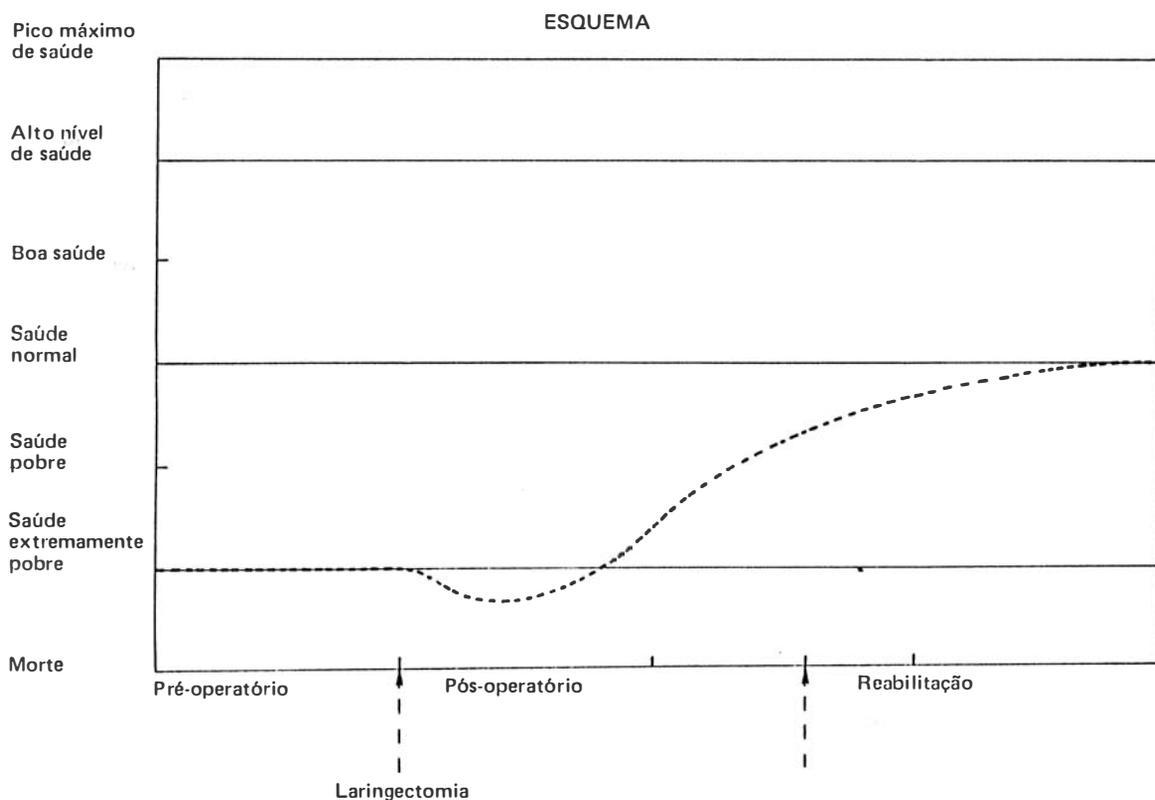
COMPORTAMENTO	ESTÍMULOS		
	FOCAL	CONTEXTUAL	RESIDUAL
Concordou em fazer cirurgia, pois isso seria o melhor para ele.	Confirmação do diagnóstico de cirurgia.	Encontrava-se com rouquidão acentuada, dispnéia e disfagia, estava acompanhado pela esposa.	Suspeita de que pudesse ser câncer a sua doença.
Afásico no pós-operatório, comunicando-se por gestos e mímicas.	Intervenção cirúrgica — laringectomia total.	Ambiente desconhecido, sentindo dores, sondas e soros, pessoas estranhas ao seu redor.	Paciente semi-alfabetizado experiências desagradáveis vivenciadas em ambiente hospitalar.
Sente vontade de fumar, mas está impossibilitado.	Desvio das vias aéreas para o pescoço.	Encontra-se em situação de ociosidade.	Desde criança acostumado a fumar cigarro de palha, apresenta dependência do fumo.
Resfriados constantes após a cirurgia, expectoração abundante.	Facilidade de penetração de germes pela traqueostomia.	Não utilização de disfarce protetor do orifício da traqueostomia. Modificação da fisiologia normal das vias aéreas.	Estimulação constante das vias aéreas pelo pó, cânula etc.
Mudaram-se para a zona urbana.	Necessidade de assistência à saúde.	O sítio onde moravam era muito longe, não tem condução que passe por lá, teriam que ir à pé até a zona urbana.	Dificuldade de deambulação, o receio de complicações de saúde e, conseqüentemente, necessidade de atendimento de urgência.
Trouxe o prático de farmácia para aprender a trocar a cânula e fazer o curativo.	Necessidade de troca de cânula de traqueostomia e do curativo.	O paciente e a esposa não se sentiam com capacidade para executar tais cuidados.	O prático de farmácia é a autoridade máxima de saúde no lugarejo onde eles moram.
Preocupação pela baixa renda familiar.	Gastos inesperados com a doença, farmácia, transporte etc.	A mudança para a zona urbana acarretou gastos a mais com alimentação e moradia.	A renda previdenciária é insuficiente.
Isolamento social. Não vai à praça da igreja, onde ficam muitos aposentados, não vai à missa, nem à casa de parentes.	Dificuldade de deambulação e comunicação.	Mudança de moradia, rua onde mora inclinada e com muita pedra.	A esposa refere que ele ficou "muito triste" depois que operou.
Iniciou o treinamento da voz esofágica, com bons resultados.	Afasia.	A esposa o estimula constantemente, motivando-o a voltar a falar.	O paciente acha o treino difícil e sua esposa comentou que ele fica inibido em falar na frente de estranhos.
Não tem perspectivas para aumento da renda familiar.	Fonte de trabalho da localidade é a agricultura.	O paciente não tem condições para voltar ao trabalho.	A esposa refere que já tentou arranjar algum tipo de trabalho, mas como a população é pobre, ninguém paga por serviços.
Piora nas condições de deambulação.	Falta de exercícios.	No lugar onde moram as ruas são em declive e ele não pode andar, já tentou algumas vezes, quando desequilibrou-se e caiu.	Sua casa é muito pequena, e pouco pode andar dentro dela.
Trocando a cânula, fazendo o curativo e a barba sozinho; sentindo-se satisfeito com isso.	Necessidade de higienização e autocuidado.	Foi orientado e estimulado por nós para a execução do autocuidado.	Diminuição dos gastos com a farmácia e melhora de suas condições físicas.

## Isolamento social

O paciente tem permanecido por muito tempo em casa e a esposa refere que ele fica cabisbaixo e alheio a tudo. Solicitamos à esposa que o estimule a ir até à praça com seu auxílio, para ver pessoas e, como ele já está desenvolvendo a voz esofágica, é um treino para ele falar com outras pessoas, que não a esposa e o reeducador, além de ter oportunidade para andar e melhorar a mobilidade de suas pernas – Modo de adaptação da interdependência.

## LOCALIZAÇÃO NO CONTINUUM SAÚDE-DOENÇA

Na ocasião do diagnóstico, o paciente encontra-se com saúde extremamente pobre, apresentando disfagia, dispnéia, rouquidão e dor. Após a laringectomia, caminha ainda mais em direção à morte em decorrência dos riscos inerentes às grandes cirurgias. Entretanto, reage positivamente aos estímulos e no período de reabilitação sobe no nível de saúde; aprende a voz esofágica, estabelecendo-se assim um platô no nível de saúde normal.



## DISCUSSÃO

Após a realização das análises, pudemos estabelecer algumas considerações a respeito dos problemas adaptativos dos laringectomizados.

A situação inicialmente enfrentada por esse paciente refere-se ao diagnóstico, do qual poderá ter conhecimento ou não, dependendo da filosofia do serviço e do seu interesse. Entretanto, mesmo não lhe sendo confirmado o diagnóstico, a suspeita sempre existe, devido à extensão e às seqüelas da cirurgia. Mesmo tendo o tumor sido removido com

sucesso, ele permanece com incertezas quanto à recidiva (MAGUIRE et alii)<sup>8</sup>.

A decisão em favor da realização da cirurgia é difícil e há uma tendência a dividi-la com outra pessoa de confiança.

Às vezes, o temor da cirurgia é tão grande, que a pessoa procura solução menos efetiva como tratamentos caseiros ou religiosos, sabendo que há uma grande chance de não se curar (KNAPP & PANJE)<sup>6</sup>, o que retarda o tratamento e diminui a probabilidade de cura.

O trauma cirúrgico é uma situação em que o paciente é submetido a uma série de estímulos com os quais deverá competir com sucesso. Com os nossos pacientes, muitos dos estímulos caíram fora da zona de adaptação, devido à baixa condição sócio-econômica e nutricional, acarretando as complicações pós-operatórias. Aqui surge ainda o problema de comunicação pela afasia e, o problema da auto-imagem pela instalação da traqueostomia. A hospitalização é prolongada devido à extensão e às complicações da cirurgia.

Com a alta hospitalar, surgem os problemas do autocuidado, LARSEN<sup>7</sup> coloca que, sendo a cirurgia muito desfigurativa, o paciente terá dificuldade em autocuidar-se uma vez que terá que enfrentar sua nova imagem no espelho. OREM<sup>9</sup> afirma que espera-se do indivíduo que desenvolva o autocuidado, convivendo e lutando com suas limitações.

BRUNNER & SUDDATH<sup>3</sup> mostram que a mudança no estado de saúde, acarreta modificação no autoconceito e nas relações com as demais pessoas, exigindo adaptação quanto às limitações. VIEIRA<sup>19</sup> afirma que a imagem corporal do paciente é influenciada pela atitude dos circundantes e pelos procedimentos que lhe são administrados.

Delegar a função do seu autocuidado temporariamente a outra pessoa, pode ser um comportamento apresentado pelo paciente e que pode ajudá-lo a trazer o estímulo para dentro de sua zona de adaptação. Neste período, o paciente poderá adquirir autoconfiança, maior aceitação de sua nova imagem e finalmente sentir-se capaz de autocuidar-se. Pode ocorrer também, que estímulos contextuais não favoreçam o autocuidado e, assim, o paciente não se sinta motivado a autocuidar-se.

Ainda relativo à auto-imagem, a utilização de disfarce protetor nem sempre é aceita.

Neste período, o paciente é submetido à radioterapia que o debilita, causa lesões nas mucosas, havendo então uma adaptação negativa já esperada.

As sessões de radioterapia são diárias e por um período prolongado, o que se torna um estímulo incidindo fora da zona de adaptação, pois nossos pacientes têm baixo poder aquisitivo, estão aposentados ou afastados temporariamente do trabalho, e necessitam de alimentação hiperprotéica e hipercalórica cuidadosamente preparada e liquidificada.

As intercorrências broncopulmonares são uma constante em sua vida, devido à abreviação do

circuito respiratório, havendo facilidade de penetração de poeira e microorganismos. Ocorrendo assim a adaptação fisiológica negativa.

Para os pacientes que moram em outras cidades, a necessidade de transporte também é um estímulo incidindo fora da zona de adaptação.

Estando o paciente apto a se alimentar por via oral, deverá ser iniciada sua reabilitação vocal pelo método da voz esofágica. O treinamento é demorado e exige persistência (AGUILLAR & ANGERAMI)<sup>1</sup>. Nesta fase, os estímulos contextuais representados pelo reforço positivo dos familiares e amigos poderá determinar uma adaptação positiva.

Na reabilitação, parece que há maior conscientização das limitações decorrentes da cirurgia, e a falta de motivação para competir com estímulos que aí incidem pode levar o paciente a pensar em suicídio.

Uma preocupação que se segue após o aprendizado da voz esofágica é o trabalho; quanto a isso, nem sempre a pessoa poderá voltar às mesmas atividades desenvolvidas anteriormente; uma atividade mais simples pode ser uma alternativa satisfatória.

Em relação ao lazer, estará condicionado às limitações decorrentes da cirurgia e a situação de ociosidade pode levar a pessoa à tentativa de tornar a fumar.

O problema sexual nem sempre é fácil de ser abordado, mas pudemos observar que há uma tendência à diminuição da frequência do relacionamento. Para LARSEN<sup>7</sup>, o problema existe e é decorrente principalmente da mudança da fisiologia respiratória.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

A utilização de uma teoria, na prática, deveria ser algo relativamente fácil, entretanto nossas dificuldades foram inúmeras. Pudemos, através da metodologia, ordenar as observações e identificar os problemas adaptativos do paciente laringectomizado. A orientação para o aprendizado da voz esofágica foi a intervenção de enfermagem que motivou nosso contato com os pacientes laringectomizados. As demais intervenções ocorreram à medida em que os problemas se apresentaram e constituíram-se de encaminhamentos, demonstrações, solicitações e outras orientações.

Pudemos concluir que os problemas de adaptação do modo fisiológico são mais facilmente

identificáveis e relativamente semelhantes para diferentes pacientes. Entretanto, os dois modos do autoconceito, domínio do papel e interdependência, são de complexa identificação; sua frequência é alta e os pacientes apresentaram comportamentos diversos frente a situações semelhantes.

Estes problemas foram agrupados dentro das seguintes situações:

1. Conhecimento do diagnóstico e a necessidade de uma cirurgia mutilatória.
2. Trauma cirúrgico e hospitalização.
3. Tratamentos coadjuvantes e seus efeitos colaterais.
4. Afasia e interação com cônjuge, família e pessoas estranhas.
5. Instalação de traqueostomia e suas implicações: autocuidado, imagem corporal, limitações e complicações.

6. Retorno ao trabalho e implicações econômicas.

7. Limitações referentes ao lazer.

8. Relacionamento sexual.

Não pudemos determinar se existe prioridade em relação aos problemas identificados. Não pudemos nem mesmo afirmar que o problema da perda da voz seja o mais importante para todo paciente laringectomizado, mas concordamos com BERGERON<sup>2</sup> quando afirma: "Os profissionais freqüentemente tentam ver a doença do paciente do seu ponto de vista. Mas, é somente ouvindo o paciente que nós começaremos a sentir o impacto de suas necessidades."

---

AGUILLAR, O.M. & ANGERAMI, E.L.S. Contributive study to laryngectomized persons adaptation process. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 174-181, Jul./Dec. 1984.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILLAR, O.M. & ANGERAMI, E.L.S. Avaliação sistematizada na reabilitação da voz de pacientes laringectomizados. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17 (1): 47-60, abr. 1983.
2. BERGERON, T.H. A patient's plea: tell me, I need to know. *Amer. J. Nurs.*, New York, 71 (8): 1572-3, Aug. 1971.
3. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
4. HELSON, H. *Adaptation: level theory*. New York, Harper & Row, 1964.
5. KING, P.S. et alii. Rehabilitation and adaptation of laryngectomy patients. *Amer. J. Phys. Med.*, Baltimore, 47: 192-203, Aug. 1968.
6. KNAPP, B.A. & PANYE, W.R. A voice button for laryngectomized. *AORN J.*, Denver, 36 (2): 183-92, Aug. 1982.
7. LARSEN, G.L. Rehabilitation for the patient with head and neck cancer. *Amer. J. Nurs.*, New York, 75 (12): 2151-8, Dec. 1975.
8. MAGUIRE, P. et alii. A conspiracy of pretence. *Nurs. Mirror*, Sussex, 10 (1): 17-5, Jan. 1980.
9. OREM, D.E. *Nursing concepts of practice*. New York, McGraw Hill, 1971.
10. POLITI, D. & HUNGLER, B. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Lippincott, 1978.
11. RIEHL, J.P. & ROY, C. *Conceptual models for nursing practice*. New York, Prentice-Hall, 1974.
12. ————. *Conceptual models for nursing practice*. 2. ed. New York, Prentice-Hall, 1980.
13. ROY, C. Adaptation: a conceptual framework for nursing. *Nurs. Outlook*, New York, 18 (3): 42-5, 1970.
14. ————. Adaptation: a basis for nursing practice. *Nurs. Outlook*, New York, 19 (4): 254-7, 1971.
15. ————. *Introduction to nursing: an adaptation model*. New Jersey, Prentice-Hall, 1976.
16. ROY, C. & ROBERTS, S.L. *Theory construction in nursing: an adaptation model*. London, Prentice-Hall, 1981.
17. SAKO, K. et alii. Speech and vocational rehabilitation of the laryngectomized patient. *J. Surg. Oncol.*, New York, 6: 197-202, 1974.
18. STITT, A. Life without a larynx. *Emerg. Med.*, 3: 167-76, Oct. 1971.
19. VIEIRA, T.T. Importância da imagem corporal na prática da enfermagem. Rio de Janeiro, 1976. (Tese - Universidade Federal do Rio de Janeiro).