

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**  
**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS**  
**Escola de Enfermagem Alfredo Pinto**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado**

**FLÁVIA ZACHARIADES AREIAS**

**CONFORTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES TOTALMENTE  
LARINGECTOMIZADOS POR CÂNCER NA LARINGE**

**Rio de Janeiro**  
**2016**

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**  
**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS**  
**Escola de Enfermagem Alfredo Pinto**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado**

CONFORTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES TOTALMENTE  
LARINGECTOMIZADOS POR CÂNCER NA LARINGE

FLÁVIA ZACHARIADES AREIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro  
2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

Areias, Flávia Zachariades.

A679 Conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados por câncer na laringe / Flávia Zachariades Areias, 2016.  
66 f. : 30 cm

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Laringe - Câncer. 2. Neoplasias Laríngeas. 3. Laringectomizados.  
4. Conforto humano. 5. Enfermagem. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da.  
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 616.99422

# **CONFORTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES TOTALMENTE LARINGECTOMIZADOS POR CÂNCER NA LARINGE**

FLÁVIA ZACHARIADES AREIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva**  
**Presidente**

---

**Prof. Dr. Daniel Aragão Machado**  
**Primeiro Examinador**

---

**Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva**  
**Segundo Examinador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eva Maria Costa**  
**Primeira Suplente**

---

**Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago**  
**Segundo Suplente**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por estar sempre comigo, à minha frente para me iluminar, atrás para me proteger e ao meu lado para me amparar;

À minha avó Therezinha, minha mãe de coração, e ao meu avô Oswaldo (em memória), duas pessoas incansáveis, que não mediram esforços para me criar;

Ao meu pai Oswaldo, que sempre me mostrou com o seu exemplo, a importância do estudo, da honestidade, da humildade e perseverança;

Ao amigo e orientador Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva pela atenção, carinho, profissionalismo e, principalmente, por compartilhar comigo seu conhecimento, sendo elemento fundamental na realização desta pesquisa;

Aos pacientes que aceitaram prontamente, mesmo com todas suas limitações, participar desta pesquisa;

Aos irmãos de coração que a vida me presenteou, Monica Marques e Jeferson Medeiros, pelo ombro amigo, escuta, incentivo e presença em momentos importantes da minha vida;

Aos meus queridos amigos Daniele Giorgio e Manoel Carlos, que tanto me incentivaram para iniciar essa caminhada;

Às amigas e companheiras de trabalho enfermeiras Camile, Conceição e Monalisa, pelo carinho e em especial às enfermeiras Ana Angélica, Lindalva e Maria de Lourdes, sempre dispostas a contribuir de alguma forma com suas experiências;

À enfermeira Sonia Springer, chefe da área ambulatorial do HC I do Instituto Nacional de Câncer, pela compreensão, apoio e ajustes da escala, para que eu pudesse levar esta pesquisa adiante;

Aos professores e colegas, de Turma do Curso de Mestrado, pela convivência, ensinamentos e trocas de experiências;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse concluir mais esta etapa em minha vida.

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

AREIAS, Flávia Zachariades. Conforto na Perspectiva de Pacientes Totalmente Laringectomizados por Câncer na Laringe. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro, 2016.

O objeto desta pesquisa refere-se ao conceito de conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados. Os objetivos foram: construir um conceito de conforto, descrever os atributos qualitativos de conforto e identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas, dentro das perspectivas destes pacientes. A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg fundamentaram as discussões acerca do objeto. A pesquisa teve natureza qualitativa, o instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário semiestruturado. O cenário foi um ambulatório de enfermagem de cabeça e pescoço, de uma instituição pública do município do Rio de Janeiro. Os dados foram apreciados através da análise de conteúdo de Bardin, com auxílio do *software* Iramuteq versão 7.2<sup>®</sup>. A comunicação foi a palavra de maior ocorrência no *corpus*, inferindo-se como um aspecto muito relevante para o conceito de conforto para os participantes desta pesquisa. Das 18 palavras mais apontadas no *corpus*, 10 estão diretamente ligadas às necessidades humanas básicas. Os atributos qualitativos mais evidentes para um conceito de conforto foram relacionados ao ambiente sem ruído, ser cuidado por alguém competente, ambiente adequado e livre de ansiedade, portanto, atributos ligados ao contexto do ambiente físico. Emergiram duas categorias, comunicação e segurança. Para que o cuidado de enfermagem seja efetivo, é necessário que haja um processo de interação entre o enfermeiro e o paciente, que será mediado pela troca de informações entre estes sujeitos. Sendo assim a comunicação se torna um instrumento essencial para este processo. A segunda categoria, que trata da segurança revela o medo apresentado pelos pacientes de serem acometidos por alguma iatrogenia oriunda de uma comunicação ineficaz. Nesta pesquisa revela-se a importância da comunicação e da segurança na prestação de cuidados de enfermagem, quer seja no sentido de oferecer e promover conforto, assim como, de minimizar o desconforto ocasionado pelas alterações fisiológicas e psicossociais consequentes de procedimentos cirúrgicos.

Palavras chaves: Câncer na Laringe. Pacientes Laringectomizados. Enfermagem. Conforto Comunicação.

## ABSTRACT

AREIAS, Flávia Zachariades. **Comfort in the Perspective of Patients Fully Laryngectomized due to cancer in the larynx**. 2016. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Alfredo Pinto Nursing School, Federal University of the State of Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2016.

The object of this study refers to the concept of comfort in the perspective of patients fully laryngectomized. The objectives were: to build a concept of comfort, describe the qualitative attributes of comfort and identify the most affected basic human needs, within the perspectives of these patients. The Katharine Kolcaba's Comfort Theory and the Ingetraut Dahlberg's Theory of Concept corroborate the discussions about the object. The research was qualitative; the instrument used for data collection was a semi-structured questionnaire. The scenario was a head-neck nursing clinic of a public institution in the city of Rio de Janeiro. Data were appreciated through Bardin's analysis of content, with the assistance of Iramuteq software version 7.2®. Communication was the word of higher occurrence in the corpus, inferring as a very important aspect to the concept of comfort for the participants of this survey. Of the 18 words most pointed in the corpus, 10 are directly related to basic human needs. The most obvious qualitative attributes for a concept of comfort were related to a noise-free environment, be cared for by someone competent, appropriate and anxiety-free environment, so attributes linked to the context of the physical environment. Emerged two categories: communication and security. To the nursing care be effective, its necessary that occurs a process of interaction between the nurse and the patient, which will be mediated by the exchange of information between these subjects. Therefore communication becomes an essential tool for this process. The second category, which concerns security reveals the fear presented by patients being affected by any iatrogenic from ineffective communication. In this research it was revealed the importance of communication and safety in the provision of nursing care, whether in order to offer and promote comfort, as well as to minimize the discomfort caused by physiologic and psychosocial alterations resulting from surgical procedures.

**Keywords:** Laryngeal Cancer. Laryngectomized Patients. Nursing. Comfort Communication.

## **Lista de Figuras**

<b>Figura 1 - Triângulo Conceitual de Dahlberg</b>	21
<b>Figura 2 - Nuvem de Palavras</b>	37
<b>Figura 3 - Grau de Similitude entre as Palavras</b>	37
<b>Figura 4 - Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas</b>	49



## **Lista de Gráficos**

<b>Gráfico 1-</b> Sexo dos Participantes	27
<b>Gráfico 2-</b> Estado Civil dos Participantes da Pesquisa	28
<b>Gráfico 3-</b> Grau de Instrução dos Participantes da Pesquisa	28
<b>Gráfico 4-</b> Participantes que Trabalham e não Trabalham	29
<b>Gráfico 5-</b> Frequência das Palavras no <i>corpus</i>	32
<b>Gráfico 6-</b> Curva de Distribuição de Zipf	32
<b>Gráfico 7-</b> Palavras com $x^2$ no <i>corpus</i>	33
<b>Gráfico 8-</b> Frequência de Palavras de Acordo com o Estado Civil	33
<b>Gráfico 9-</b> Relação da Frequência das Palavras com o Sexo	35
<b>Gráfico 10-</b> Relação da Frequência das Palavras com o Grau de Instrução	36

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1-</b> Ocorrência de Palavras de Acordo com a Faixa Etária	34
<b>Tabela 2-</b> Tabela de Zipf	39

## **SUMÁRIO**

<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</b>	11
1.1- Contextualização	11
1.2- Objetivos	14
1.3- Justificativa e Relevância	14
<b>CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
2.1- Câncer de Laringe	15
2.2- Os Cuidados de Enfermagem com Pacientes Totalmente Laringectomizados	17
<b>CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO</b>	19
3.1- A Teoria do Conforto	19
3.2- A Teoria do Conceito	21
<b>CAPÍTULO IV – METODOLOGIA</b>	22
4.1- Método	22
4.2- Princípios Éticos da Pesquisa	22
4.3- Participantes da Pesquisa	22
4.4- Instrumento para Coleta de Dados	23
4.5- Cenário	23
<b>CAPÍTULO V - TRATAMENTO DOS DADOS</b>	24
5.1- Análise de Conteúdo	24
5.2 - O Software	25
<b>CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	26
6.1- Perfil dos Participantes da Pesquisa	26
6.2- Análise: Estatísticas Textuais	29
6.3- Categorias de Análise: Comunicação e Segurança como Bases para um Conceito de Conforto	41

<b>CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	51
<b>REFERÊNCIAS</b>	53
<b>APÊNDICES</b>	57
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
Apêndice B- Questionário	60
<b>ANEXOS</b>	62
Anexo A- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	62

## **I- Introdução**

### **1.1 Contextualização**

As premissas que passo a descrever são resultantes de bases empíricas e teóricas. Empíricas, pois tratam de afirmações *sensíveis* oriundas do cotidiano de cuidar de pacientes diagnosticados com câncer de laringe e submetidos ao tratamento cirúrgico radical-laringectomia. Teóricas, pela necessidade de confrontar o que vivencio na oportunidade da assistência de enfermagem aos pacientes laringectomizados com os achados de pesquisadores da mesma temática.

Na condição de enfermeira assistencial cuidando e assistindo pacientes laringectomizados em uma instituição federal especializada em oncologia, na cidade do Rio de Janeiro, tenho refletido criticamente sobre a minha prática profissional, buscando compreender com mais robustez, o fenômeno do conforto tal como resultante da relação: enfermeira – paciente – ambiente hospitalar, em particular, direcionado para os pacientes laringectomizados.

O câncer de laringe é um dos tipos mais frequentes a atingir a região da cabeça e do pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esse seguimento anatômico, no entanto, correspondem cerca de 2% de todas as doenças malignas que acometem todo o corpo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para 2016, no Brasil, estimam-se 6.360 casos novos de câncer da laringe em homens e 990 em mulheres. O risco estimado será de 6,43 casos a cada 100 mil homens e de 0,94 casos a cada 100 mil mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Dentre estes casos novos, uma significativa parcela será submetida à laringectomia total como forma terapêutica. Nesse sentido vale destacar que esta parcela será acompanhada nos serviços de ambulatórios especializados no cuidado aos pacientes totalmente laringectomizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Aproximadamente 95% das neoplasias de laringe são histologicamente diagnosticados como carcinomas epidermóides, sendo que estudos mostram que 50% a 80% são de localização glótica, 15% a 50% são supraglóticos e 5% são subglóticos. A associação de álcool e tabaco está intimamente ligada com o desenvolvimento desse tipo de tumor, sendo que o risco para o desenvolvimento dessa neoplasia é de 14 vezes maior em usuários dessas drogas lícitas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A escolha do tratamento do câncer de laringe vai depender da sua localização e de seu estadiamento, podendo ser cirúrgico ou radioterápico (associado ou não a quimioterapia). A preservação da voz é um importante parâmetro na avaliação da indicação da modalidade terapêutica, mas para isso torna-se fundamental o diagnóstico precoce, tornando-se possível a utilização de um tratamento mais conservador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A laringectomia total é um procedimento invasivo e mutilante, já que toda a laringe é removida, assim, a confecção de traqueostomia definitiva, é imperativa (ARAÚJO FILHO, 1999). Tão importante quanto à necessidade de nutrição e hidratação, a comunicação e a autoestima deste paciente estarão comprometidas visto que serão alimentados exclusivamente por sonda nasoenteral, até pelo menos o 21º dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Como se não bastasse à interrupção da alimentação pela via oral, o que não permite a sensação de prazer proporcionada pelo paladar, esse paciente terá ainda alterações importantes ocasionadas pela retirada do órgão fonador (laringe), e, portanto, irá conviver com uma traqueostomia definitiva.

Pensar na possibilidade de uma vida sem se comunicar pela via tradicional a partir da emissão de som significa ter que aprender e exercitar alternativas para se comunicar e isso poderá comprometer ainda mais a autoimagem do paciente podendo se caracterizar como situações experimentadas pelo paciente e manifestadas em seu corpo como desconforto, exigindo da equipe de saúde em especial da equipe de enfermagem o diagnóstico preciso desta manifestação a partir de uma leitura semiótica do corpo ou a partir das informações prestadas pelo paciente, para que o plano de cuidados atenda às suas demandas. Silva (2008) considera fundamental a prioridade do cuidado, na esfera da assistência de enfermagem, *“pois é ele que nos conduz à promoção do conforto, em que pese o fato de que, em muitas situações, o cliente talvez possa experimentar sensações de “desconforto” (manifesto ou não)”*.

Falar sobre conforto é tão desafiador para os enfermeiros quanto pesquisar em que pese o fato do termo estar presente no discurso desses profissionais, mas muito distante de uma prática cujo objetivo primeiro seja oferecer e manter conforto para seus pacientes quer seja pelas condições do ambiente, quer seja pelas condições clínicas do paciente. A esse respeito à fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, em seu livro, *Notas sobre Enfermagem* (1989), exortava que: *“Nunca se deve perder de vista para o que serve a*

*observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar o nível de saúde e o conforto.”*

Fica evidente que Florence preocupava-se em salvar vidas, mas também oferecer conforto e este, de 1900 a 1929 foi o objetivo central da enfermagem e da medicina, pois, acreditava-se que o conforto aumentava o grau de recuperação (MCLIVEEN e MORSE, 1995).

Por sua vez Aikens (1908) declara não haver nada relativo ao conforto do doente que fosse suficientemente pequeno para ser ignorado. Em outras palavras, depreende-se que na perspectiva da autora oferecer e manter conforto para o paciente configurava-se como primeira e última consideração para a enfermeira. Corroboram com esta assertiva Alligood e Tomey (2002, p.482) apontam que os cuidados de enfermagem relacionavam-se diretamente com a prestação “*de uma atmosfera geral de conforto*”. Na ocasião propunha ainda que “*os cuidados pessoais dos doentes incluíam à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação*”.

Por se tratar de um fenômeno percebido/sentido/experimentado pelo ser humano e por este motivo estritamente subjetivo faz com que sua oferta e manutenção sejam por vezes, negligenciadas por parte dos profissionais de saúde e em particular através dos cuidados de enfermagem. Talvez obedecendo à lógica para a resolução de problemas de enfermagem a qual para chegarmos a um diagnóstico, impreterivelmente, o problema deverá ser identificado.

Destarte, eis que tal situação configura-se nesta proposta de investigação como problema a ser investigado, pois, partimos do pressuposto que os pacientes totalmente laringectomizados apresentam desconforto ocasionado por suas condições fisiológicas, e estéticas comprometidas, o aprendizado de uma nova forma de emitir som, que não será mais o laríngeo, mas pelo esôfago, por prótese traqueoesofágica ou pela laringe eletrônica (PARISE, 2008).

É neste exato momento que o contexto apresentado permite a emergência do objeto real de investigação qual seja: o conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados.

### **As Questões que Nortearam esta Investigação Foram:**

1. Quais as predicações mais comuns apontadas pelos pacientes totalmente laringectomizados acerca do referente conforto?
2. Quais as necessidades humanas básicas mais afetadas na perspectiva do paciente totalmente laringectomizado?
3. Qual a forma verbal capaz de denotar conforto na perspectiva dos pacientes totalmente laringectomizados?

### **1.2 Objetivos**

Para responder estes questionamentos estabeleceram-se os seguintes objetivos:

#### **Objetivo Geral:**

Construir um conceito de conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Descrever os atributos qualitativos de conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados;
2. Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas nos pacientes totalmente laringectomizados.

### **1.3 Justificativa e Relevância**

A proposta justifica-se, antes de tudo por se tratar de um objeto que emerge da experiência profissional do pesquisador e na inquietação pelo possível desconforto gerado por esse procedimento cirúrgico tão mutilatório.

Sua relevância assistencial condiz com a contribuição científica no plano da construção de mais um conceito de conforto que possa contribuir para uma prática de enfermagem centrada na oferta de cuidados confortantes para pacientes totalmente laringectomizados.

Importante ressaltar que a pesquisa vai ao encontro com a devida aderência ao projeto institucional, cujo enfoque está voltado para o conforto e tecnologias duras, o que certamente contribuirá para ampliação do conhecimento de enfermagem.



## II- Revisão de Literatura

### 2.1 Câncer de Laringe

Para uma melhor compreensão do paciente totalmente laringectomizado, por câncer de laringe, faz-se útil uma breve revisão acerca dessa neoplasia.

A estimativa para o Brasil, biênio de 2016-2017, 6.360 casos novos de câncer de laringe, em homens e 990 em mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). No mundo, o câncer da laringe é o segundo câncer do aparelho respiratório, sendo o mais comum entre os diversos tipos de câncer da cabeça e do pescoço, representando 2% do total das neoplasias malignas. Uma estimativa mundial apontou a ocorrência de cerca de 129 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 70 mil pessoas por ano. A incidência é maior em homens com idade acima dos 40 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O tabagismo e o etilismo são considerados os principais fatores etiológicos do câncer de laringe. O risco de desenvolvimento dessa neoplasia fica 14 vezes aumentado nesses indivíduos. Importante sinalizar que a associação do álcool e do tabaco potencializa o desenvolvimento dessa doença em cerca de 100%. Outros fatores associados são: o papiloma vírus humano (HPV: subtipos 16, 18 e 33), histórico familiar, má alimentação, situação socioeconômica desfavorável, inflamação crônica da laringe causada pelo refluxo gastroesofágico, e exposição a produtos químicos, pó de madeira, fuligem ou poeira de carvão e vapores da tinta (PARISE, 2008).

A laringe é dividida em três regiões anatômicas: supraglote, glote e subglote. A supraglote compreende a região da epiglote, falsas-cordas, ventrículos de Morgani, pregas ariepiglóticas e aritenóides; a glote inclui as cordas vocais verdadeiras e as comissuras anterior e posterior; a subglote, que começa 1,0 cm abaixo das cordas vocais verdadeiras e se estende até a borda inferior da cartilagem cricóide ou ao primeiro anel traqueal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Aproximadamente 2/3 dos tumores surgem na corda vocal verdadeira, localizada na glote, e 1/3 acomete a laringe supraglótica (acima das cordas vocais). O tipo histológico mais prevalente, em mais de 90% dos pacientes, é o carcinoma epidermóide (PARISE, 2008).

Os sinais e sintomas que acompanham a doença dependem da localização do tumor. No câncer glótico a queixa principal é a disfonia, que pode evoluir para afonia. A dispnéia aparece nas fases mais adiantadas da doença quando geralmente ambas as pregas vocais estão

paralisadas e acometidas com a doença. O tumor que acomete a supraglote tem sintomatologia mais tardia, podendo inclusive apresentar-se como metástase cervical como primeiro sintoma, normalmente o paciente não apresenta disfonia franca e sim “voz metálica”. No câncer da epiglote, a disfagia, assim como a odinofagia são frequentes. O câncer primário da subglote, bastante raro, tem como sintomas a dispnéia e a disfonia (ARAÚJO, 1999).

O diagnóstico endoscópico é de fundamental importância, utiliza-se a laringoscopia indireta com espelho de Garcia para a visualização e avaliação inicial do tumor. A laringoscopia direta com biópsia é utilizada em todos os casos para identificação histológica do tumor, através da coleta de material (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A laringe é responsável por três importantes funções do corpo humano: deglutição, respiração e fonação. A detecção precoce do câncer da laringe é crucial, pois aumenta significativamente a possibilidade de cura e torna-se possível a utilização de terapêutica mais conservadora, com menos mutilação, mantendo-se a integração social e a capacidade produtiva dos pacientes.

Existem diversas formas de tratamento, como microcirurgia endoscópica, cirurgias conservadoras, protocolos de radioterapia e quimioterapia. A indicação preferencial dependerá da localização do tumor e seu estadiamento.

A laringectomia total é sempre indicada nos tumores avançados, independente de sua localização, ou seja, em estágio IV(T4N0 ou N1 M0; qualquer T N2 ou N3 M0; qualquer T, qualquer N, M1). Nessa cirurgia resseca-se toda a laringe, o traqueostoma é maturado na pele, separando-se o trato aéreo do digestivo. Nesses casos há também a indicação da radioterapia adjuvante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Esta cirurgia é considerada altamente mutilante, devido às consequências fisiológicas e psicossociais para os pacientes. A alteração na via respiratória, a traqueostomia permanente, afonia, estão entre as consequências fisiológicas. As consequências psicossociais incluem: alteração da imagem corporal, alteração da autoestima, alteração das atividades sociais (PEDROLO, 2002). A via alimentar também fica alterada, ainda que de forma transitória, o uso da sonda nasoenteral é imperativo, e a alimentação deverá ser exclusivamente por esta via, até pelo menos o 21º dia de pós-operatório, fato esse que gera ansiedade, medo e frustração nesses pacientes já que não terão prazer proporcionado pelo paladar. Após esse período, a sonda é retirada e o paciente voltará a se alimentar pela via oral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A afonia é o que mais preocupa os pacientes que serão submetidos à laringectomia total. A percepção da incapacidade em utilizar a voz para comunicar-se, altera o estado psicológico e, afeta as atividades sociais (ZAGO, 1998). Esclarecimentos e informações acerca das possibilidades de reabilitação vocal, como: a emissão da voz esofágica, o uso da laringe eletrônica e a confecção de uma fístula traqueoesofágica para inserção de uma prótese fonatória (FLÁVIO, 1999); deverão ser fornecidos aos pacientes, com o intuito de confortá-los.

O prognóstico do câncer de laringe relaciona-se com o sítio primário da doença e seu estadiamento. Os tumores de supraglote são os de pior prognóstico em função da rica rede linfática que permite a disseminação rápida do tumor para os linfonodos regionais. Em casos de lesões iniciais T1, que não se disseminaram para linfonodos cervicais, o prognóstico é muito bom, de 75% a 95% em cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Pacientes tratados com câncer de laringe têm alto risco de recidiva nos primeiros dois ou três anos pós-tratamento. As recidivas após o quinto ano são raras e, geralmente, representam um segundo tumor primário. Deve-se ter um seguimento cauteloso, dos pacientes acometidos por essa neoplasia, a fim de identificar recidivas, além de aumentar as chances de resgate cirúrgico, nos casos em que inicialmente, foi eleito um procedimento mais conservador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

## **2.2 Os Cuidados de Enfermagem com Pacientes Totalmente Laringectomizados**

A laringectomia total é um procedimento cirúrgico que ocasiona alterações fisiológicas, que incluem alteração da via respiratória, traqueostoma permanente, afonia, alterações psicossociais que compreendem a imagem corporal, a comunicação verbal-oral, as atividades sociais e a autoestima do sujeito. Os cuidados de enfermagem ao paciente submetido à laringectomia total envolvem ações voltadas para os aspectos físicos e psicossociais, já que seu estilo de vida, assim como sua convivência com a família, amigos e colegas de trabalho poderão ser afetados pelas consequências oriundas deste procedimento cirúrgico (ZAGO, 1998).

Em relação aos aspectos físicos, os cuidados de enfermagem com pacientes laringectomizados envolvem diferentes procedimentos: manuseio de cânula de traqueostomia e sonda nasoenteral, cuidados específicos com a ferida operatória, como a retirada dos pontos, além de atividades educativas como: ensinar aos pacientes como devem manusear a cânula de

traqueostomia e sonda nasoenteral em casa, realização de higiene oral de forma adequada, estimulá-los a exercitar a voz esofágica e mostrar-lhes outras maneiras de comunicar-se, como por meio de lousa ou até mesmo com papel e caneta, além de mostrar a importância de um acompanhamento com o serviço de fonoaudiologia oferecido na instituição. Essas orientações devem ser repetidas de forma exaustiva, a cada consulta para que sejam assimiladas pelos pacientes e possíveis complicações sejam prevenidas, além de incentivá-los a participarem de grupos de apoio aos laringectomizados.

Os cuidados de enfermagem relacionados aos aspectos psicossociais são mais delicados, requerem habilidade de percepção por parte do enfermeiro, posto que os pacientes laringectomizados, não conseguem verbalizar suas necessidades sejam elas físicas ou psicossociais, sendo assim os enfermeiros limitam-se muitas vezes ao atendimento acerca das necessidades físicas. Segundo Zago (2001), é normal a equipe de enfermagem apresentar obstáculos ao atendimento destes pacientes. Percebe-se a necessidade de uma equipe de enfermeiros altamente qualificada para prestar os devidos cuidados a este grupo tão específico de paciente e com isso atender além das demandas físicas, mas também as psicossociais, que são tão subjetivas, impalpáveis. Zago (2001) afirma que o enfermeiro é o profissional capacitado para assistir ao paciente laringectomizado, pelo seu preparo técnico-científico e como líder de um grupo que assiste de forma ininterrupta ao paciente.

A prática da enfermagem sempre esteve ligada ao conceito de conforto. Se considerarmos a origem etimológica de conforto e enfermeiro, constatamos que suas definições estão fortemente ligadas (APÓSTOLO, 2009). Segundo o Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, “*enfermeiro é composto pelo termo enfermo + suf. Eiró. Enfermo tem a sua origem no termo latino infirmus que é referente àquele que não está forte ou que está fraco e, por sua vez, conforto deriva do latim confortare que significa fortalecer, revigorar*”. Assim o enfermeiro é o sujeito que proporciona o conforto ao sujeito que se encontra enfermo. Para Silva (2008), “*Possivelmente, “confortar” pode ser uma forma de se recuperar de um “desconforto” de dependência das ações de enfermagem ou de estar enfermo*”.

Diante do exposto, o enfermeiro deverá planejar os cuidados em função das necessidades apresentadas pelo paciente, buscando promover o conforto e a minimização do desconforto provocado pela laringectomia total. A equipe devidamente qualificada deverá atentar para as reações favoráveis ou adversas apresentadas pelos pacientes laringectomizados,

através de gestos, sinais, sobretudo a mímica facial, registrando tudo para embasar os cuidados a serem prestados (SILVA, 2008).

### III- Referencial Teórico

Com o propósito de facilitar o entendimento no desenvolvimento deste estudo e fundamentar as discussões a respeito do objeto, nos utilizaremos das teorias de Kolcaba, sobre o conforto, e de Dahlberg, sobre conceito.

#### 3.1 A Teoria do Conforto

Kolcaba nasceu em Ohio e graduou-se enfermeira em 1965, pela St. Luke's Hospital School of Nursing. Deu início às suas reflexões acerca do conforto, exercendo a função de enfermeira-chefe num serviço para pessoas com doenças psiquiátricas; juntamente com seus estudos do mestrado.

No doutorado, e nos anos seguintes, utilizou os resultados de sua tese para expandir e explicar sua teoria. Iniciou a sua análise sobre o conceito de conforto, com uma minuciosa revisão de literatura específica sobre *conforto* nas disciplinas de enfermagem, psicologia, psiquiatria, medicina. Fez um levantamento histórico do uso da palavra conforto, na bibliografia de enfermagem.

Kolcaba baseou-se em três teorias de enfermagem para apoiar seu conceito no que ela chama de tipos de conforto:

1. **O alívio** foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando (1961) que, por sua vez, afirma que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes;
2. **A tranquilidade** foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu treze (13) funções básicas dos seres humanos necessitando de serem mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático;
3. **A transcendência** foi extraída de proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Outros estudiosos, como Watson (1973) apud Alligood e Tomey (2002, p.483) ao defenderem que o ambiente dos doentes era de extrema importância para o seu bem-estar físico e mental, influenciaram Kolcaba na concepção da teoria do conforto; já que para essa

autora, “(...) *consequentemente, sempre que possível, as enfermeiras proporcionam conforto através de intervenções ambientais*”.

Watson (1973) também identificou as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das intervenções ambientais. Ela usava a expressão “*medidas de conforto como sinônimo de intervenção*”.

Kolcaba testou sua teoria numa “concepção experimental para sua dissertação. *Neste estudo, as necessidades de cuidados de saúde eram os stressores (necessidades de conforto) associados a um diagnóstico de câncer de mama*” (ALLIGOOD e TOMEY 2002, p.484). Os resultados mostraram uma importante diferença no conforto, entre as mulheres que receberam uma assistência holística e o grupo de cuidados normais.

Um estudo teórico que examinou quatro princípios sobre a natureza do conforto holístico, foi mais um alicerce de sustentação da teoria do conforto: 1- o conforto é geralmente próprio de uma condição, 2- o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, 3- qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e 4- o conforto total é maior do que a soma das suas partes (KOLCABA e STREINER, 2000).

Consultando literaturas específicas sobre holismo, Kocalba, classificou os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e definiu-o como:

- 1- Físico:** pertencente às sensações corporais;
- 2- Psicoespiritual:** pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- 3- Ambiental:** pertencente ao meio, às condições e influências externas;
- 4- Social:** pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

Apesar de Kolcaba ter enfatizado sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo paciente após a intervenção de enfermagem, aplicando os princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar. Uma forma de intervenção de enfermagem é chamada de cuidados de conforto que requerem um conjunto de ações confortantes, assim como o resultado de conforto ganho pelo paciente. O aumento do conforto é o resultado esperado que decorre do processo de conforto. O processo fica completo até que o resultado, conforto aumentado, aconteça, e este pode ser alojado dentro de um processo contínuo.

### 3.2 A Teoria do Conceito

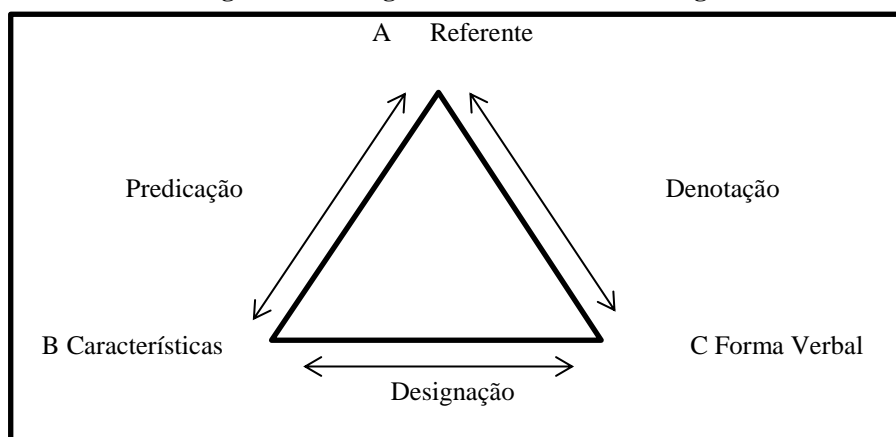
Ingetraut Dahlberg em 1960 criou a teoria do conceito, que demonstrou a possibilidade de se utilizar princípios de elaboração de terminologias para o domínio das linguagens documentárias de ordem alfabética, sobretudo no interesse das ciências da informação. Importante salientar que essa teoria possibilitou uma base para a determinação e o entendimento do que consideramos conceito, para fins de representação ou de recuperação da informação.

*(“... Ela desenvolve princípios para estabelecer: relações entre conceitos com base na lógica, em método para a fixação do conteúdo do conceito e para seu posicionamento em um Sistema de Conceitos, fornecendo os elementos para definições consistentes” (DAHLBERG, 1992, p. 85).*

A idéia de conceito em Dahlberg é formada por três elementos: **o referente**, **as características** e **a forma verbal**. Para Dahlberg, o processo de determinação do *conceito* se dá, no momento em que selecionamos um item de referência – **o referente**. Fazemos o levantamento de **características** relevantes que auxiliarão no processo de denominação de uma **forma verbal** apropriada, e que denotará o conceito, atribuindo-se predicados ao *referente*. O *conceito* só pode ser determinado a partir da reunião desses elementos que o compõem.

Na figura 1 temos o triângulo conceitual de Dahlberg, onde os elementos **B**, características dos conceitos, servem para elaboração de predicções verdadeiras sobre **A**, Referente. Ambos, A e B, relacionam-se a C, isto é a Forma Verbal utilizada para determinar o conceito.

**Figura 1 - Triângulo Conceitual de Dahlberg**



Fonte: DAHLBERG, Ingetraut. Knowledge organization and terminology; philosophical and linguistic bases. International classification, v.19, n.2, 1992.

Nesta pesquisa, o *referente* à luz de Dahlberg, será o conforto submetido às *características* predicativas mais comuns apontadas pelos pacientes totalmente laringectomizados, buscando a *forma verbal* capaz de denotar conforto na perspectiva destes.

## **IV- Metodologia**

### **4.1 Método**

A proposta investigativa será de natureza qualitativa, que segundo Minayo (2010, p.21):

*“Se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis”.*

A pesquisa possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar. A pesquisa científica é o resultado de um inquérito ou exame minucioso, realizado com o objetivo de resolver um problema, recorrendo a procedimentos científicos.

### **4.2 Princípios Éticos da Pesquisa**

Todo o processo de coleta dos dados seguiu a Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa que envolva seres humanos; buscando atender aos princípios de bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e da justiça. A coleta de dados teve início somente após aprovação do comitê de ética em pesquisa da referida instituição, sob o número: 738.545, de 17/08/2014 (Anexo).

Antes de responderem ao questionário os participantes da pesquisa receberam o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado somente após explicações detalhadas sobre o estudo proposto (Apêndice A).

### **4.3 Participantes da Pesquisa**

Participaram da pesquisa trinta pacientes atendidos no ambulatório de enfermagem de cabeça e pescoço que foram submetidos à laringectomia total. A seleção dos participantes foi por conveniência dentro do universo possível de pacientes laringectomizados atendidos no ambulatório. Entretanto, houve um critério de exclusão: capacidade cognitiva do paciente.



#### **4.4 Instrumento para Coleta de Dados**

Pela dificuldade de comunicação verbal apresentada pelos pacientes deste estudo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semiestruturado (Apêndice B), que para Minayo (2010 p.64): ”combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada”.

A linguagem utilizada no questionário foi simples e direta, para que o participante compreendesse com clareza o que estava sendo perguntado. As palavras utilizadas no questionário foram extraídas a partir dos resultados apontados por Silva (2008). Houve uma pré-seleção dos possíveis participantes no momento da consulta de enfermagem, considerando a capacidade cognitiva de cada paciente. Os questionários foram aplicados individualmente, num local reservado, onde a privacidade dos participantes pudesse ser preservada. A presença da pesquisadora foi imprescindível para que possíveis dúvidas fossem dirimidas.

#### **4.5 Cenário**

A pesquisa foi realizada no ambulatório de enfermagem de cabeça e pescoço de uma instituição federal especializada em oncologia, situada no município do Rio de Janeiro.

A escolha do ambulatório de enfermagem para cenário dessa pesquisa justifica-se pelo fato de ser o local onde os pacientes têm o acompanhamento pós-operatório são acompanhados por uma equipe especializada, composta por duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. O local utilizado para a abordagem e obtenção dos dados foi um consultório destinado para consulta de enfermagem. Trata-se de um local reservado e que, portanto, a privacidade foi garantida.

A estrutura física do ambulatório de enfermagem, é composta por uma recepção, onde os pacientes se apresentam e entregam o cartão de identificação para que seja localizado seu prontuário, para o se atendimento. Dois consultórios, onde são realizadas as consultas de enfermagem e os curativos.

## V- Tratamento dos Dados

### 5.1 Análise de Conteúdo

Os dados foram apreciados através da análise de conteúdo de Bardin (2011, p.37): “*A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens*”. Sendo assim nesta investigação a análise de conteúdo atende à metodologia proposta para pesquisa qualitativa, já que permite uma análise eficaz e objetiva das informações obtidas a partir do relato dos participantes.

Bardin (2011, p.126-132), organizou a análise de conteúdo em três fases:

**Fase I:** definição do *corpus* ou pré-análise; transformação sistemática dos dados em unidades nos permitindo uma descrição das características do conteúdo. Este corpus foi preparado de acordo com as exigências do Iramuteq versão 7.2<sup>®</sup>, codificado de acordo com as variáveis e digitado em bloco de notas.

**Fase II:** codificação e a quantificação simples de frequência ou análise fatorial com representação em gráficos e diagramas. Para estar em conformidade com o Iramuteq 7.2<sup>®</sup> procedeu-se as seguintes decodificações das variáveis: sujeitos participantes da pesquisa (suj\_1 até suj\_30), idade (ida\_1=40 a 49anos, ida\_2=50 a 59anos, ida\_3=60 a 69 anos, ida\_4=70 a 79 anos), sexo (sex\_1= feminino e sex\_2=masculino), grau de instrução (gri\_1=1ºgrau, gri\_2=2ºgrau, gri\_3=3ºgrau), estado civil (est\_1= solteiro, est\_2= casado, est\_3= divorciado, est\_4 = viúvo), trabalha atualmente (tra\_1=sim, tra\_2=não), tabagismo (tab\_1=nunca, tab\_2=parou, tab\_3=mantém), etilismo (eti\_1=nunca, eti\_2=parou, eti\_3=mantém), drogas ilícitas (dro\_1=nunca, dro\_2=parou, dro\_3=mantém), tempo de pós-operatório (pós\_1= até 5 anos, pós\_2= 5 a 10 anos, pós\_3= >10 anos). Exemplo: \*\*\*\* \*suj\_2 \*ida\_3 \*sex\_1 \*est\_1 \*gri\_1 \*tra\_2 \*tab\_2 \*eti\_2 \*dro\_1 \*pos\_2.

**Fase III:** inferências e interpretação são necessárias ao pesquisador, possibilitando retornar ao referencial teórico, buscando embasar a análise dando sentido a interpretação. Visto que a interpretação pautada em inferências busca o que está subentendido no significado das palavras para um enunciado mais aprofundado dos discursos.

## 5.2 O Software

O Iramuteq 7.2<sup>®</sup> é um software gratuito que foi desenvolvido de acordo com a lógica *open source* e está licenciado pela General Public Licence (GPLv2). Seu fundamento estatístico ancora-se no software R e na linguagem Python.

Este software possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais, dos mais simples como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras), até a realização de análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente e Análise de Similitude), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras.

O processamento da análise lexical no Iramuteq 7.2<sup>®</sup> tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as unidades de Contextos Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Em seguida, a quantidade de palavras é mensurada o que possibilita a identificação da frequência média entre as palavras, destacando a quantidade de palavras que não se repete, denominadas Hápax; realiza a pesquisa do vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes, este processo é denominado lematização, por fim, cria o dicionário de formas reduzidas identificando formas ativas e suplementares.

Quando realiza análise de especificidades o Iramuteq 7.2<sup>®</sup> é capaz de associar diretamente os textos do banco de dados com as variáveis pré-determinadas pelo seu usuário, assim, é possível analisar a produção textual em função dessas variáveis. Esta análise configura-se análise de contrastes em que o *corpus* é dividido em função da variável escolhida pelo usuário. Por exemplo, é possível comparar a produção textual entre jovens e idosos em relação a determinado tema. Neste estudo, todas as variáveis foram tratadas como um todo, não tendo sido realizada nenhum confronto isolado.

O Iramuteq 7.2<sup>®</sup> fornece também ao usuário outra forma de apresentação dos resultados que se dá por meio de uma análise fatorial de correspondência que têm por base a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), este processo é chamado de Análise Pós-Fatorial, cuja representação se dá num plano cartesiano com as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD. No entanto, não foi possível a realização da CHD neste estudo tendo em vista a quantidade insuficiente de texto para que o software pudesse analisar e classificar.

A Análise de Similitude está baseada na teoria dos grafos e por sua vez proporciona a identificação das coocorrências entre as palavras, cujo resultado pode indicar a conexidade entre as palavras, auxiliando assim na identificação da estrutura de um *corpus* textual, não obstante, diferencia também, as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) que são identificadas na análise (MARCHAND E RATINAUD, 2011).

A representação em nuvem de palavras se dá pelo agrupamento e organização lexical em função da frequência dessas palavras, trata-se de uma análise lexical mais simples, entretanto, com uma ilustração gráfica que permite com facilidade e rapidez a identificação das palavras-chave de um corpus.

Enquanto *corpus* textual entende-se como o conjunto de unidades de contexto inicial (UCI) que se pretende analisar, e é constituído pelo pesquisador. Cada conjunto de entrevistas a que a análise foi aplicada será um texto.

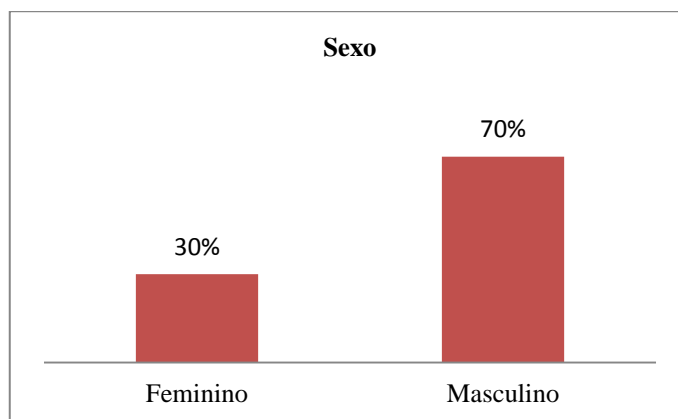
## **VI- Apresentação e Discussão dos Resultados**

### **6.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa**

O perfil dos pacientes totalmente laringectomizados por câncer na laringe, participantes desta pesquisa, foi traçado a partir das seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, grau de instrução, situação laboral, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, tempo de pós-operatório.

Dentre os participantes da pesquisa, 21 (70%) são do sexo masculino e 9 (30%) são do sexo feminino, tal fato explica-se pelo fato do câncer de laringe ocorrer de forma predominante em homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 2016), portanto, este achado confere com os dados epidemiológicos no Brasil, haja vista que o gênero é um dos fatores condicionantes gerais.

**Gráfico 1 – Sexo dos Participantes**

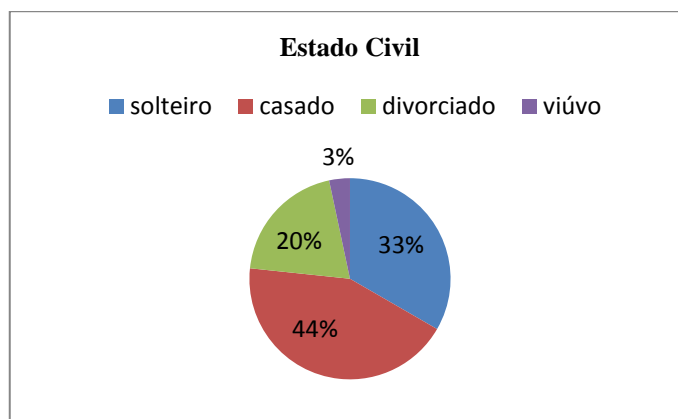


Fonte: Autores da Pesquisa.

Com relação à faixa etária, 13 (43,33%) participantes estavam na faixa compreendida entre os 60 e os 69 anos. Estes valores estão dentro dos fatores condicionantes gerais para a epidemiologia da doença, nesse sentido, merece ser destacado que pessoas acima de 45 anos são as mais condicionadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). As faixas etárias compreendidas entre os 50 e 59 anos e os 70 e 79 anos apresentou o mesmo percentual, 26,66%, o que corresponde a 8 participantes em cada uma das faixas. O percentual entre os 40 e 49 anos, foi 3,33%, equivalente a 1 participante.

No que tange ao estado civil, 14 (47%), eram casados 9 (30%), solteiros 6 (20%) divorciados e 1(3%) viúvo. Mesmo não se tratando de um fator condicionante para a doença, o estado civil é uma variável a ser considerada neste estudo, tendo em vista o objeto investigado estar diretamente relacionado às condições de sociabilidade dos sujeitos investigados, não obstante, são pessoas com dificuldades de verbalização, o que pode implicar em possível desconforto social, inclusive, pela aparência estética do traqueostoma, nas mais das vezes, visível.

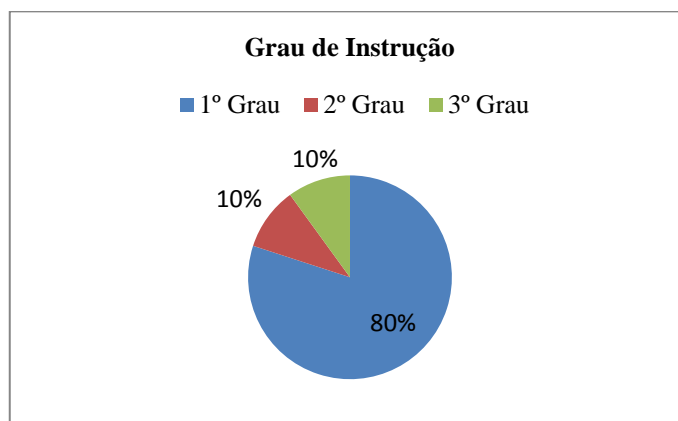
**Gráfico 2- Estado Civil dos Participantes da Pesquisa**



Fonte: Autores da Pesquisa.

Analisando os resultados, em relação ao grau de instrução pode-se perceber que os pacientes desta pesquisa têm, em sua maioria, um baixo nível educacional, visto que, 24 (80%) participantes completaram o 1º Grau, 3 (10%) completaram o 2º Grau e 3 (10%) completaram o 3º Grau. Esses dados justificam a dificuldade apresentada pelos participantes da pesquisa ao responderem o questionário, tornando indispensável à presença da pesquisadora.

**Gráfico 3 – Grau de Instrução dos Participantes da Pesquisa**

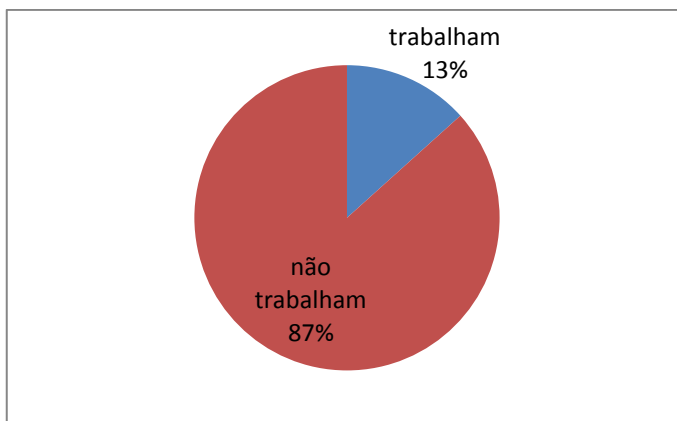


Fonte: Autores da Pesquisa.

Dentre os participantes da pesquisa somente 4 (13,33%) trabalham e a grande maioria 26 (86,66%), não. Esses dados representam uma das repercussões advindas da laringectomia total, já que a afonia causada pelo procedimento cirúrgico implica diretamente em suas atividades sociais, dentre elas o trabalho (BARBOSA, 2011), no entanto, esta investigação não determinou, na produção dos dados a condição laboral do participante antes da cirurgia,

assim, não se sabe se o alto percentual de sujeitos fora do mercado de trabalho é um reflexo da condição atual de laringectomizado.

**Gráfico 4 – Participantes que Trabalham e não Trabalham**



Fonte: Autores da Pesquisa.

Em relação ao tabagismo, um dos principais fatores condicionantes gerais, 26 (86,66%) pararam de fumar, 3(10%) nunca fumaram e 1(3,33%) continua fumando. Considerando o etilismo, 22 (73,33%) ingeriam bebida alcoólica e 8 (26,66%) nunca ingeriram qualquer tipo de bebida alcoólica. Quanto ao uso de drogas ilícitas, 28 (93,33%) nunca usaram e 2 (6,66%) interromperam o uso.

Tendo em consideração a data da cirurgia, 27 (90%) têm até cinco anos de pós-operatório e 3 (10%) têm mais de dez anos de pós-operatório, portanto, a amostra foi composta de sujeitos recém laringectomizados, fato que lhes dá uma maior dependência de ter um acompanhamento por uma equipe profissional especializada.

## 6.2 Análise: Estatísticas Textuais

Para melhor compreensão da terminologia utilizada por este software faz-se necessária à descrição do método utilizado para a obtenção da lexicometria aqui entendida como um procedimento metodológico e tecnológico de caráter objetivo, descritivo, indutivo e científico, cujo propósito é tratar estatisticamente dados qualitativos a partir de suporte quantitativo de maneira que haja a caracterização topológica e combinatória dos elementos lexicais contidos em um *corpus* (MARCHAND E RATINAUD, 2011). A lexicometria seguiu quatro etapas após o processamento do *corpus* pelo Iramuteq 7.2<sup>®</sup>.

A população estudada permitiu a estruturação de 30 unidades de contexto inicial (UCI) quando o conjunto de respostas foi processado pelo Iramuteq 7.2<sup>®</sup>. A partir das respostas de 30 participantes, identificou-se 266 ocorrências (palavras/formas ativas), das quais 33.33% são distintas com uma frequência média aproximada de 2.99 ocorrências/palavras. Das palavras que não se repetiram no universo de 266 ocorrências, sua representação no *corpus* é de aproximadamente de 3.38%, o que representa 9 palavras.

Se considerarmos a palavra comunicação contida no *corpus* como a palavra de maior ocorrência (f=50), é razoável inferir que a [comunicação] é um aspecto muito relevante para a construção do conceito de conforto para os participantes desta investigação, haja vista se tratar de pacientes submetidos à laringectomia total que apresentam como resultado imediato a perda da voz, dificultando a comunicação verbal, sendo esta uma necessidade humana básica que torna a existência do ser humano um ser social, pois, é a partir dela que o ser humano se torna capaz de desenvolver seu potencial social, de construir laços de afetividade, vínculos pessoais e institucionais.

Comunicação é um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções passíveis de influenciar o comportamento das pessoas que por sua vez, reagirão de acordo com suas crenças, valores, história de vida e cultura (SILVA L.M.G., 2009).

Existem dois tipos de comunicação, verbal e não verbal. A comunicação verbal refere-se às palavras expressadas por meio da fala ou da escrita e a comunicação não verbal, que não está relacionada às palavras, se manifesta por interação direta pessoa-pessoa, através de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal e distância mantida entre os envolvidos (BETTINELLI, 2010).

Em nosso dia a dia, a comunicação verbal é a mais utilizada e acaba por ser mais simples que a comunicação não verbal, já que esta última requer que os interlocutores estejam atentos aos signos emitidos pelo corpo, o que não é uma tarefa das mais fáceis, quando parte da experiência vivida foi quase sempre exercitando a comunicação verbal, desde o nascimento com a emissão do choro, passando pela balbuciar e culminando na plena capacidade de verbalização.

Foi possível identificar no universo semântico das respostas, palavras que estão fortemente relacionadas ao estado de conforto, como é o caso do sono e repouso, nutrição, tranquilidade e respiração que contribuíram sucessivamente com f=21, f=20, f=18 e f=17.



Nove (9) palavras não se repetiram no *corpus*, são elas: demora\_ porque moro\_ muito\_ longe, falta\_limpeza\_higiene, gastrostomia, informação, limpeza, política, radioterapia, sentir\_se\_amado e Sisreg. Essas ocorrências representam aproximadamente 3.38 % do universo de 266 ocorrências.

Importante destacar que no Gráfico 5, das 18 palavras elencadas, 10 estão diretamente relacionadas às Necessidades Humanas Básicas encontradas na Pirâmide Hierárquica proposta por Maslow (1970), das quais, *sono e repouso, nutrição, respiração, locomoção, hidratação e higiene*, pertencem à ordem das necessidades fisiológicas. Fazendo parte das necessidades psicológicas estão a *segurança, autoestima e convívio social e familiar*. Estranhamente, não foram relatadas palavras que fossem capazes de remeter à ideia de autorrealização, sobretudo as que denotassem preconceito com a aparência ou pela incapacidade de verbalização, o que pode demonstrar neste estudo que a amostra estudada não mostra preocupação com a necessidade de autorrealização.

Seis palavras foram computadas e fazem referência aos atributos necessários ao conceito de conforto, inclusive, conferindo com pesquisas anteriormente realizadas e que tinham como objeto de investigação a construção de conceitos de conforto em cenários e sujeitos diferentes, como no caso do bem-estar tal como uma *forma verbal* capaz de denotar conforto para pacientes em unidades de internação hospitalar (SILVA, 2008).

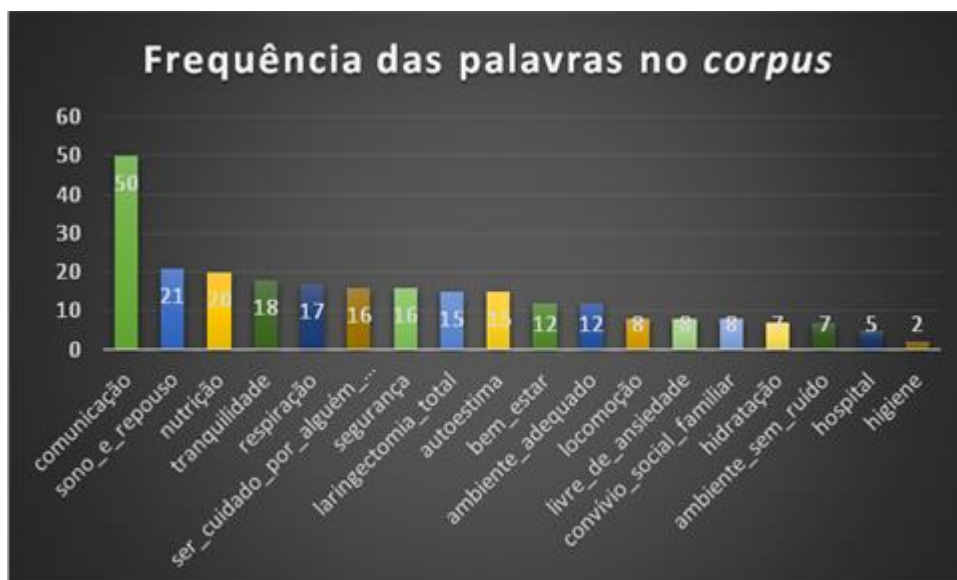
Os atributos qualitativos mais evidentes para um conceito de conforto são o ambiente sem ruído, ser cuidado por alguém competente, ambiente adequado e livre de ansiedade, portanto, atributos fortemente ligados ao contexto do ambiente físico que por sua vez é determinado pelo próprio ambiente físico – espaço vivido/experiencial na perspectiva de Bolnow (2008).

Para o autor, O espaço experiencial e vivido vai para além do ser humano, está voltado principalmente “*para o mundo exterior*”. Tal experiência é “*constituída de sentimento e pensamento*”. Com efeito, emoção e razão coexistem harmonicamente, como um “*continuum experiencial, e ambos são modos de conhecer*”. Este conceito remete mais a uma “*experiência do/no espaço*”, contagiado por um caráter mais subjetivo e psíquico, contudo, o que mais o importa é “*o espaço concreto real, no qual acontece a vida*”.

Outras palavras, tranquilidade e ambiente remetem aos metaparadigmas propostos por Kolcaba (2013), sendo a primeira um tipo de conforto e a segunda, um contexto em que o conforto pode ocorrer.

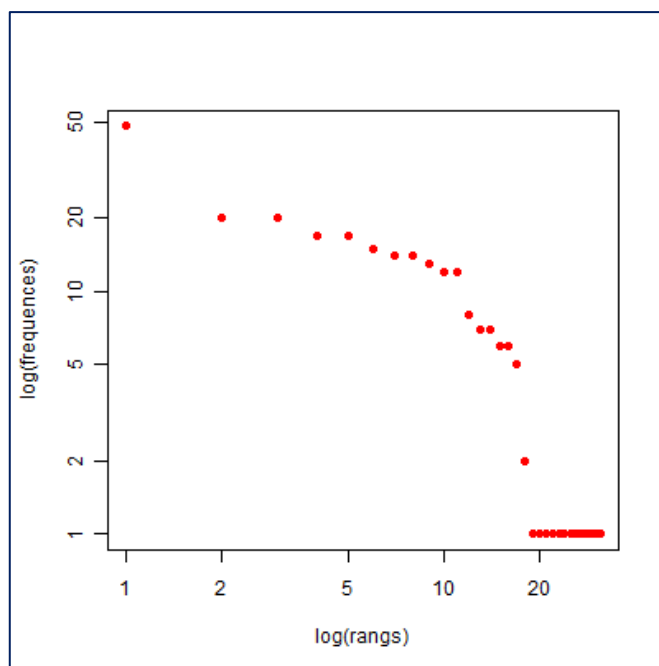
O Gráfico 5 apresenta a frequência das palavras que se repetiram no *corpus*. Em seguida, o Gráfico 6 determinado por Zipf no processamento do Iramuteq 7.2<sup>®</sup>.

**Gráfico 5 - Frequência das Palavras no *corpus***



Fonte: Autores da Pesquisa.

**Gráfico 6 - Curva de distribuição de Zipf**

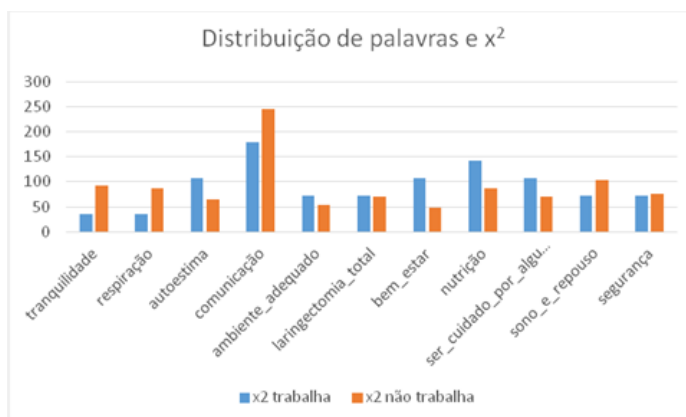


Fonte: Autores da Pesquisa.

Foram realizadas algumas análises fatoriais correspondentes a partir das palavras repetidas contidas no *corpus*, sendo possível a identificação do  $\chi^2$ .

As formas ativas analisadas a partir do processamento do *corpus* no Iramuteq 7.2<sup>®</sup> mostrou que a palavra comunicação ocorreu 50 vezes, das quais, f= 5 emanadas por sujeitos trabalhadores e f= 45 por não trabalhadores, nesse sentido, foi possível identificar que entre trabalhadores, o  $\chi^2$  é menor que os não trabalhadores.

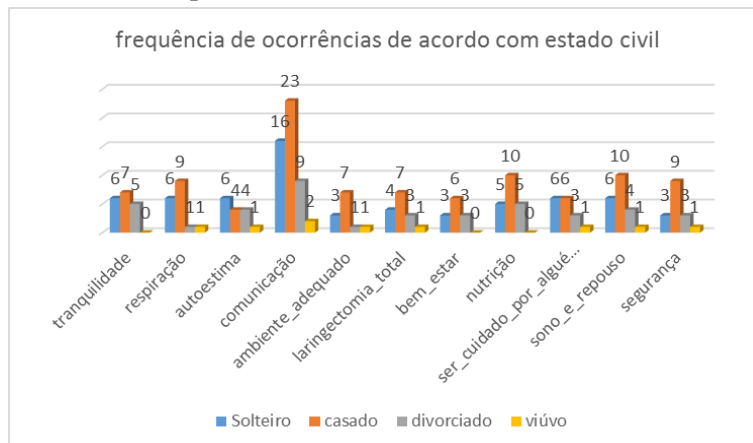
**Gráfico 7 - Palavras com  $\chi^2$  no *corpus***



Fonte: Autores da Pesquisa.

Quando se olha para a variável estado civil, a palavra comunicação ocorre com maior frequência (f=23) entre os sujeitos casados, seguido pelos solteiros, divorciados e viúvos, como representa o gráfico n. 8, ainda em que pese o fato da população estudada ser composta majoritariamente por indivíduos casados, conforme representado anteriormente no gráfico 2.

**Gráfico 8 - Frequência de Palavras de acordo com o Estado Civil**



Fonte: Autores da Pesquisa.

A variável idade comportou-se conforme a tabela 1.

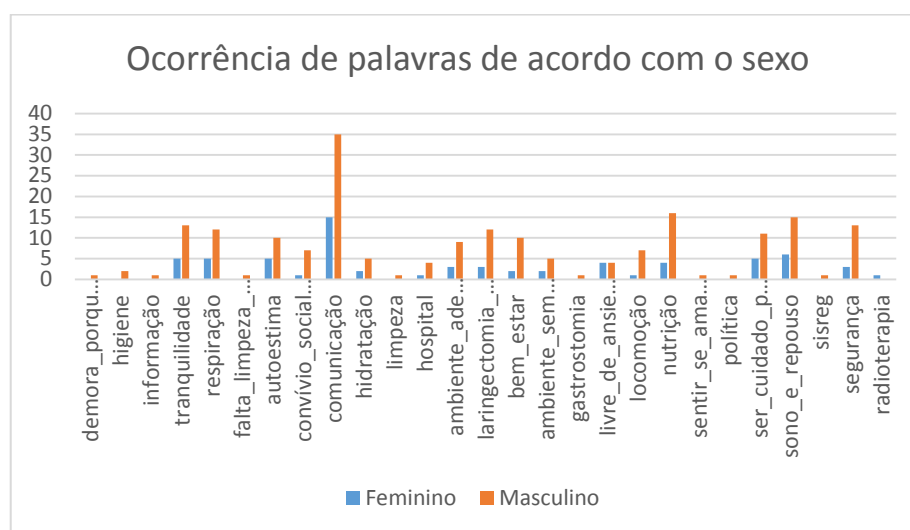
**Tabela 1- Ocorrência de Palavras de Acordo com a Faixa Etária**

<b>Tabela N. 1 – Ocorrência de palavras de acordo com a faixa etária</b>					
<b>PALAVRAS</b>	<b>40-49 ANOS</b>	<b>50-59 ANOS</b>	<b>60-69 ANOS</b>	<b>70-79 ANOS</b>	<b>TOTAL</b>
COMUNICAÇÃO	1	15	21	13	50
SONO_E_REPOUSO	1	5	9	6	21
NUTRIÇÃO	1	7	8	4	20
TRANQUILIDADE	1	5	9	3	18
RESPIRAÇÃO	1	4	7	5	17
LARINGECTOMIA_TOTAL	0	3	8	5	16
SEGURANÇA	0	5	8	3	16
SER_CUIDADO_POR_ALGUÉM_COMPETENTE	0	2	11	3	16
AUTOESTIMA	1	3	8	3	15
AMBIENTE_ADEQUADO	1	4	3	4	12
BEM_ESTAR	1	5	3	3	12
LOCOMOÇÃO	0	2	2	4	10
CONVÍVIO_SOCIAL_FAMILIAR	0	2	5	1	8
LIVRE_DE_ANSIEDADE	0	1	4	3	8
AMBIENTE_SEM_RUÍDO	0	2	4	1	7
HOSPITAL	1	0	3	1	5
HIGIENE	0	0	2	0	2
HIDRATAÇÃO	0	3	3	1	7
FALTA_LIMPEZA_HIGIENE	0	0	2	0	2
DEMORA_PORQUE_MORO_LONGE	0	1	0	0	1
GASTROSTOMIA	0	1	0	0	1
INFORMAÇÃO	0	0	1	0	1
LIMPEZA	0	0	1	0	1
POLÍTICA	0	0	0	1	1
RADIOTERAPIA	0	0	1	0	1
SENTIR_SE_AMADO	0	0	1	0	1
SISREG	0	0	0	1	1
<b>TOTAL GERAL DE PALAVRAS</b>	<b>266</b>				

Fonte: Autores da Pesquisa.

O gráfico 9 mostra a distribuição das palavras de acordo com a variável sexo. Pode-se evidenciar que o sexo masculino emanou a palavra comunicação 35 vezes, o que representa pouco mais de 13% do número de ocorrências (266), enquanto que no sexo feminino, esta palavra foi evocada 15 vezes, (5,63%).

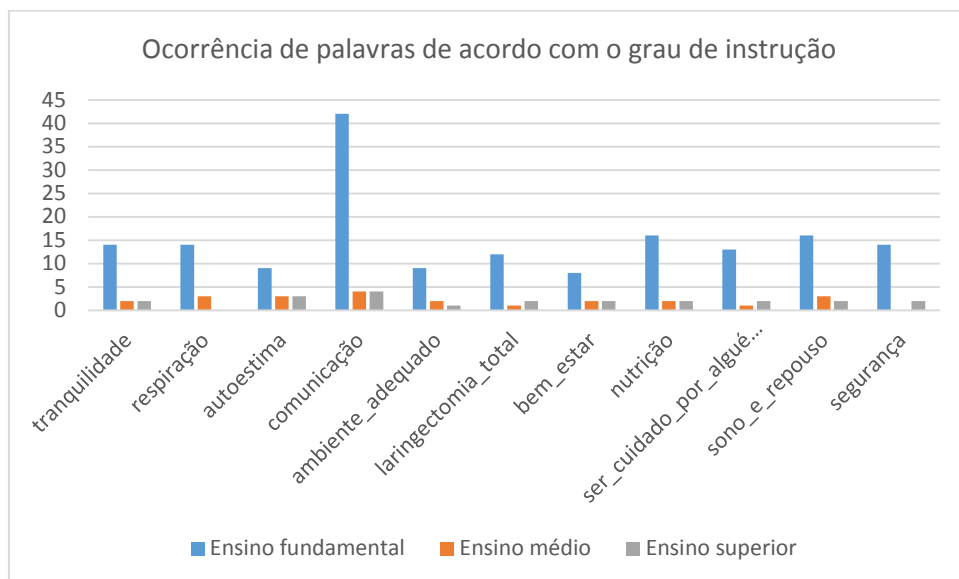
**Gráfico 9 - Relação da Frequência das Palavras com o Sexo**



Fonte: Autores da Pesquisa.

O gráfico 10 aponta comunicação, como a palavra de maior ocorrência (40) e com uma diferença muito grande em relação às demais palavras emanadas pelos participantes que tem apenas o ensino fundamental. Já para aqueles com ensino superior a palavra comunicação também aparece como a de maior ocorrência, porém sua frequência se aproxima muito das demais palavras.

**Gráfico 10 - Relação da Frequência das Palavras com o Grau de Instrução**

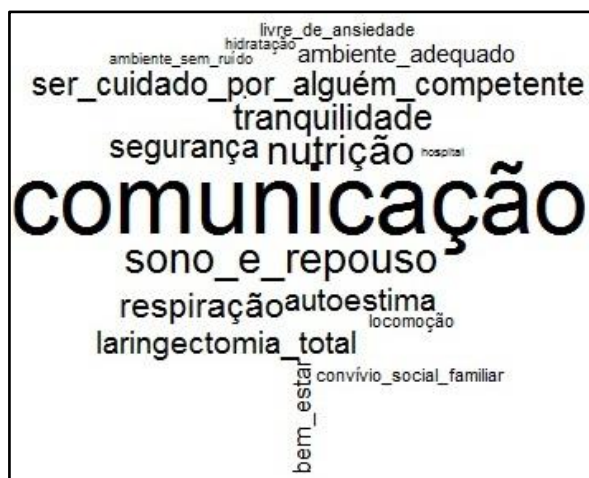


Fonte: Autores da Pesquisa.

A figura 2 representada como nuvem de palavras, ilustra a similitude entre as unidades lexicais evocadas pelos participantes da pesquisa e retidas após o processamento do *corpus* no Iramuteq 7.2<sup>®</sup>. Quanto maior a palavra, maior é sua frequência evocada. Quanto mais próxima uma palavra da outra, maior a sua similitude. Na figura 3 a similitude entre as palavras está representada a partir da espessura das linhas que ligam essas palavras, nesse sentido pode-se destacar que existem dois (2) conjuntos de palavras, um conjunto que liga a palavra comunicação com outras palavras das quais se destacam: sono\_e\_repouso, respiração, nutrição, laringectomia total, locomoção, hospital e convívio\_social\_e\_familiar, sendo as quatro primeiras mais fortemente ligadas, ou seja, com um grau de similitude maior que as demais.

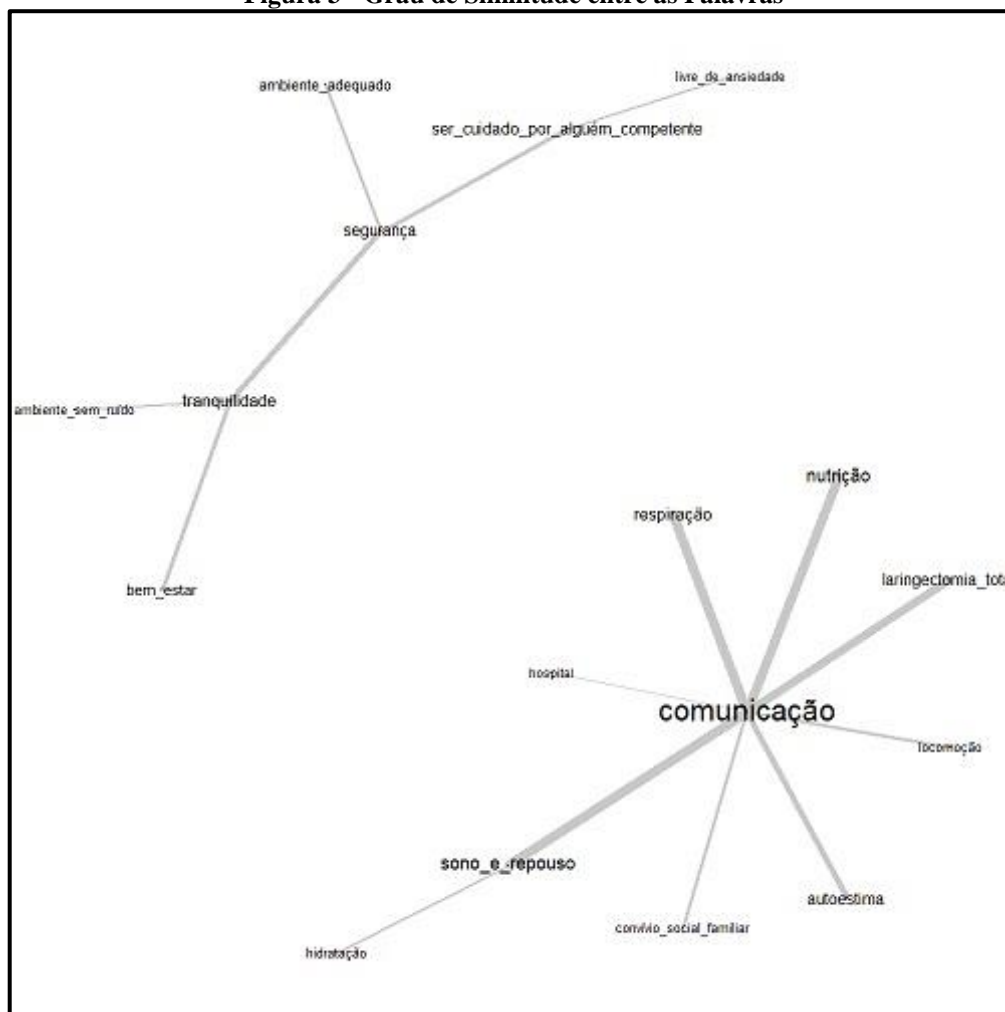
Um segundo conjunto é composto por palavras que não estão ligadas ao primeiro conjunto, o que denota menor ou nenhum grau de similitude com o primeiro conjunto, sobretudo a palavra comunicação.

Figura 2 - Nuvem de Palavras



Fonte: Autores da Pesquisa.

Figura 3 - Grau de Similitude entre as Palavras



Fonte: Autores da Pesquisa.

As palavras ainda foram analisadas à luz da Lei de Zipf, de maneira que as zonas I, II e III fossem identificadas e assim, determinasse, sucessivamente, as zonas em que se encontram as palavras que remetem à *Informação trivial ou básica*, tal como aquelas palavras que definem os temas centrais da análise bibliométrica de um texto. (Zona I); a *informação interessante*: caracterizada pelas palavras que estão localizadas entre as Zonas I e II e mostra ora os temas periféricos, ora a informação potencialmente inovadora. É aí que as transferências de tecnologia relacionadas aos novos temas devem ser consideradas (Zona II), e finalmente a *Zona de Ruído*: cuja característica definidora é a de possuir conceitos ainda não emergentes, onde é impossível afirmar se eles serão emergentes ou se são apenas ruído estatístico.

Aplicando a lei de Zipf que descreve a relação entre palavras, foi possível identificar aquelas de alta e de baixa frequência. Utilizando-se a primeira lei  $R.F=C$ , onde R é a ordem de série em que se encontra a palavra, F é a frequência da palavra e C a constante, os resultados estão disponíveis na Tabela 2, em que é possível identificar, que em alguns momentos, houve a presença de uma constante válida para o enunciado da Lei de Zipf, que ilustra o “princípio do menor esforço”.

O processo de contagem das palavras foi manual e os termos incidentes em igual número de vezes foram agrupados em conjuntos. As palavras foram ordenadas em ordem de série (r) em uma tabela, em ordem decrescente, começando-se pelas palavras com maior ocorrência (f). Estas receberam a ordem de série 1; as que apareceram em segundo maior número de ocorrências, receberam a (r=2), e assim sucessivamente.

A ordem de série de duas ou mais palavras diferentes com a mesma frequência, procedeu-se a ordem de *mm*, a partir da divisão da soma de suas ordens de série, pelo número de palavras a elas correspondentes. Ex. A ordem de série 6,5, na Tabela 2, foi obtida, somando-se os números 6 e 7 (ordens de série), e dividindo-se o resultado por 2 (número de palavras). O número da ordem de série seguinte será aquele que não foi envolvido na soma.

Foi calculado o produto da ordem de série versus a frequência de palavras, a fim de se obter a constante C e se verificar a conformidade com a primeira Lei de Zipf. A segunda Lei de Zipf modificada por Booth foi utilizada para demonstrar se ocorre ou não a constante com as palavras de baixa frequência. A equação utilizada foi:  $I_n/I_1=2/n(n+1)$ , onde  $I_n$  é o número de palavras que ocorre *n* vezes, e  $I_1$ , qualquer palavra que ocorra uma única vez. O número 2 representa uma constante válida para a língua inglesa. Esta equação foi utilizada para as



constantes de  $I_2$ ,  $I_5$ ,  $I_7$  e  $I_8$  e seus resultados foram sucessivamente, 3; 0,6; 0,321; e 0,25 todos eles, apresentaram uma pequena discrepância, pois, se aproximaram pouco dos resultados 1, 1, 2 e 3, conforme a frequência de palavras na ordem de série 2, 5, 7 e 8. Este resultado pode ter ocorrido pela baixa ocorrência de palavras utilizadas nas respostas que compuseram o corpus do trabalho.

Para identificar o ponto (T) de transição proposto por Goffman, utilizou-se a equação  $[-1+\sqrt{8I_1+1/2}]$ , cujo o resultado foi, aproximadamente 4, sendo este valor, o referente a ordem de série (R). na qual se devem encontrar as palavras mais significativas para um determinado tema estudado. Nesta pesquisa, apenas uma única palavra representa o Ponto T, [tranquilidade], que de acordo com Kolcaba, trata-se de um tipo de conforto.

**Tabela 2 - Tabela de Zipf**

<i>(n) palavras</i>	<i>f</i>	<i>r</i>	Palavra	<i>log (f)</i>	<i>Produto total (f.n) palavras</i>	$\Sigma$ parcial	<i>R.F=C</i>
1	50	1	Comunicação	1,69897	50	50	50
1	21	2	sono_e_reposo	1,3222193	21	71	42
1	20	3	Nutrição	1,30103	20	91	60
1	18	4	Tranquilidade	1,2552725	18	109	72
1	17	5	Respiração	1,2304489	17	126	85
2	16	6,5	ser_cuidado_por_alguém_competente, segurança	1,20412	32	158	104
2	15	8,5	laringectomia_total, autoestima	1,1760913	30	188	127,5
2	12	10,5	bem_estar, ambiente_adequado	1,0791812	24	212	126
3	8	13	locomção, livre_de_ansiedade, convívio_social_familiar	0,90309	24	236	104
2	7	15,5	hidratação, ambiente_sem_ruído	0,845098	14	250	108,5
1	5	17	Hospital	0,69897	5	255	85
1	2	18	Higiene	0,30103	2	257	36
9	1	23	falta_de_limpeza_higiene, demora_porque_moro_longe, gastrostomia, informação, limpeza, política, radioterapia, sentir_se_amado, sisreg	0	9	266	23

Fonte: Dados da Pesquisa.

A utilização da Lei de Zipf aponta a palavra [tranquilidade] como a palavra de maior poder semântico para esta pesquisa, colocando-a no mesmo grau de importância da palavra

[comunicação], ora apontada pelo grau de similitude após processamento do Iramuteq 7.2<sup>®</sup>. As palavras que estão localizadas nas zonas I, II e III, sucessivamente são:

**Zona I:** [comunicação], [sono\_e\_reposo]. As duas palavras juntas totalizam, aproximadamente, 1/3 ( $f=71$ ) do total de palavras que compuseram o corpus dessa pesquisa (266). Portanto, são consideradas palavras triviais, entretanto, bastante expressivas para o tema estudado, haja vista que, os respondentes foram pacientes com lesões neoplásicas que acometeram uma importante estrutura do órgão fonador, a laringe.

**Zona II:** as palavras que fazem parte desta zona, conferem com aproximadamente 1/3 ( $f=67$ ) do total das palavras do corpus, tendo-se como base, o Ponto T de Goffman, definido pela palavra [tranquilidade]. As demais palavras são: [tranquilidade], [respiração], [ser\_cuidado\_por\_alguém\_competente] e [segurança]. Segundo Goffman, estas são as palavras que compõem a centralidade do estudo, a “região de transição” com probabilidade de concentrar as palavras de alto conteúdo semântico, ou seja, palavras mais significativas e representativas do conteúdo temático ou intelectual de um texto.

**Zona III:** caracterizada neste estudo pelas palavras [laringectomia\_total], [autoestima], [bem\_estar], [ambiente\_adequado], [locomoção], livre\_de\_ansiedade], [convívio\_social\_familiar], [hidratação], [ambiente\_sem\_ruído], [hospital], [higiene], [falta\_de\_limpeza\_higiene], [demora\_porque\_moro\_longe], [gastrostomia], [informação], [limpeza], [política], [radioterapia], [sentir\_se\_amado], [sisreg]. ( $f=108$ ).

Esta, chamada zona de ruído, apesar de sua característica de não possuir ainda conceitos emergentes, consagrados e ser pouco conclusiva, deve ser monitorada sistematicamente, pois pode revelar, ou até mesmo permitir, na análise de sinais fracos, a inferência de interesses futuros de aperfeiçoamento e pesquisa. Desta maneira, não devemos desprezá-la *a priori*. Nessa zona aparecem as áreas de arte e arqueologia, literatura, ciência política, ciência e tecnologia, filosofia, administração, ciência da informação e comunicação entre outros.

A análise de similitude juntamente com a lexicometria apontou para a necessidade de aprofundamento acerca da Comunicação e da Segurança de pacientes laringectomizados, permitindo assim a emergência de uma única categoria de análise denominada de comunicação e segurança como condicionantes de conforto. Fica claro no estudo que, muito embora na análise de similitude as palavras tenham aparecido em árvores separadas, ainda assim é possível inferir que a dificuldade de comunicação verbal por parte dos pacientes

totalmente laringectomizados torna-se uma condição de insegurança capaz de causar desconforto para o grupo estudado.

### **6.3 Categorias de Análise: Comunicação e Segurança como Bases para um Conceito de Conforto**

Sendo a Enfermagem arte e a ciência do cuidar, indubitavelmente, para que o processo de cuidar seja efetivo e dialógico, é razoável considerar que os *Atos* e as *Ações* de cuidar só serão efetivos quando duas ou mais pessoas estão implicadas, para tanto, é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, interação esta que será mediada pela troca de informações entre essas pessoas (ZINN, 2003).

A comunicação é um dos instrumentos básicos indispensáveis para a formação dos profissionais de enfermagem e por isso, um conhecimento e uma habilidade necessária para que os profissionais possam prestar assistência de enfermagem livre de danos. Para Pressut e Herman (1999), a ciência da enfermagem tem por objetivo auxiliar, analisar e avaliar dados e assim, tomar decisões na oportunidade da prestação de cuidados. Na condição de arte, a enfermagem precisa ser dotada de empatia capaz de estimular sua criatividade na condução da relação de ajuda ao paciente. Portanto, tanto na perspectiva da ciência quanto na arte, a capacidade de comunicação é instrumento essencial na formação do enfermeiro.

Por instrumentos, Ferreira (1993, p. 310) define como sendo “*recursos empregados para se alcançar um objetivo; meio*”. Por sua vez, Horta (1971) os define como sendo “*um conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício das atividades profissionais*”. Para a autora, os instrumentos são: comunicação, criatividade, destreza manual, habilidade psicomotora, método científico, observação, trabalho em equipe, princípios científicos, planejamento e a avaliação. Todos eles são, na perspectiva da autora, fundamentais para o alcance dos resultados de qualidade na oportunidade da prestação de cuidados de enfermagem.

Na perspectiva de Griffith-Kenney e Cristensen (1986), apenas três instrumentos básicos são necessários na aplicação do Processo de Enfermagem, sendo a comunicação um deles, entretanto, recebe o nome de “*interação*”. Para as autoras, interação é “*uma relação mútua e recíproca de informações verbais entre o enfermeiro e o cliente*”, nada diferente de comunicação.

Impossível conceber o homem como um ser político/social sem que o mesmo tenha capacidade de interação, quer seja por intermédio da comunicação verbal ou não verbal. O convívio social familiar, laboral, cultural, dentre outras, permeiam sua consciência ética e moral, nesse sentido, Gelain (1992) refere que tal consciência “*influencia diretamente as relações humanas, uma vez que é o julgamento interior dos seus próprios atos*”. É com esta perspectiva que os participantes desta pesquisa se encontram em situação de (des)conforto por se encontrarem, definitivamente prejudicados em suas relações e interações sociais em decorrência da dificuldade em se comunicar verbalmente.

Bersusa e Riccio (2003, p. 77) corroboram e ao mesmo tempo dão maior sentido de importância à interação ao afirmarem que ela é “*a essência da vida*”. Pode-se dizer que a interação só foi bem-sucedida quando os indivíduos implicados em uma relação, formam grupos, sociedade, havendo troca de ideais e sentimentos, resultando assim, em mudança de comportamento. Para os autores, a interação pode se manifestar de cinco formas diferentes: Cooperação, Competição, Assimilação, Conflito e Adaptação. No entanto, mesmo reconhecendo que, para a construção de um conceito de conforto na perspectiva de pacientes laringectomizados, todos eles são importantes, ainda assim, merece destaque apenas a *Adaptação*.

**Cooperação:** a atuação de dois ou mais indivíduos combinando suas atividades na busca de um mesmo objetivo, como é o caso de um paciente que busca ajuda a partir de cuidados de enfermagem e por seu turno, o enfermeiro que está apto para prestar-lhe os cuidados necessários e juntos, construir uma esfera de bem-estar, em que pese o fato de muitas das vezes, a cura não ser um objetivo tangível.

**Competição:** tipo de luta que ocorre tanto no mundo animal quanto no vegetal, decorrente das diferenças, capacidades e aspirações dos integrantes da sociedade existente. Aqui, envolvendo pacientes acometidos por câncer na laringe e impossibilitados de se comunicarem verbalmente de forma que possam ser bem compreendidos dentro e fora do ambiente hospitalar. Do outro lado, profissionais de saúde buscando reconhecimento profissional, melhores condições de salário e de trabalho.

**Assimilação:** diferentemente da acomodação que só ocorre em nível superficial (externamente), ela se dá em nível de mudança de consciência cultural. Este processo ocorre quando as pessoas ou grupos incorporam os hábitos, experiências e história de grupos, numa vida comum. Neste estudo, um grupo formado por pessoas que nasceram com a capacidade de

verbalizar e que atualmente se encontram em situação adversa, tendo que assimilar uma nova cultura de vida no seio da sociedade e família, sendo cuidadas por outras pessoas cujo processo de formação profissional, sequer tiveram a oportunidade de aprenderem outras formas de comunicação que não tenha sido a oral/ escrita. Portanto, admite-se que tal assimilação é compartilhada entre esses sujeitos.

**Conflito:** é também um tipo de luta, porém, diferentemente da competição, ocorre conscientemente, é pessoal e intermitente, podendo ocorrer ameaça ou violência, como e o caso dos conflitos de geração, cultura, sexos, raça, classes, religiosos, etc.

**Adaptação:** significa ajustar-se, pôr em harmonia, adequar-se, conformar-se e ambientar-se. Para Bersusa e Riccio (2003) ela pode ocorrer em três níveis distintos:

1. **Biológico e Psicomotor:** se dá pela socialização tanto do corpo como das atividades do indivíduo ao ambiente sociocultural, como por exemplo: a adaptação do paciente no grupo de apoio aos laringectomizados.
2. **Afetivo:** ocorre pela modificação dos sentimentos em relação à determinada pessoa ou grupo, por exemplo: a mudança na relação sentimental e de ajuda quando profissionais de enfermagem estão cuidados de pacientes laringectomizados acometidos por câncer de laringe.
3. **Pensamento:** ocorre pela necessidade de incorporar conhecimentos específicos ao objeto de estudo, por exemplo: os enfermeiros que necessitam incorporar os conhecimentos referentes a outras formas de comunicação que não sejam exclusivamente verbais.

Há de se ressaltar que o processo de comunicação exige a interação entre o emissor ou destinador e o receptor ou destinatário da mensagem (VANOYE, 1993), nesse sentido, falar sobre conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados exige que esta interação seja considerada, pois, não é possível oferecer conforto a esses pacientes sem que se estabeleça uma comunicação eficaz que seja capaz de proporcionar o mínimo de segurança. Para Bittes Junior e Matheus (2003), a *“comunicação é tão importante como o ato de respirar, andar, sendo essencial à vida”*. Bodenave (apud BITTES JR.; MATHEUS, 2003), vão mais adiante, ao destacarem a importância da comunicação, afirmam que *“a maioria das pessoas é tão consciente da comunicação como o é de respirar e andar”*.

Vanoye (1993) corrobora mais uma vez neste estudo quando ressalta que: *“... a comunicação só se realiza se a recepção da mensagem tiver uma incidência observável sobre*

*o comportamento do destinatário. Isso não significa necessariamente que a mensagem tenha sido compreendida.*” No entanto, a linguagem corporal através dos gestos e do que aparenta a face desse paciente, é possível que o enfermeiro perceba reações típicas de insegurança e de desconforto, como por exemplo, desviar o olhar para cima ou para baixo, ou ainda, arranjar os fios do cabelo e o gesto mais tradicional, roer as unhas, conforme aponta Costa (2013). Para a autora, quando o ser humano modifica o seu foco, é sinal de que ele está em busca de uma saída, como se fugisse da situação de perigo. Para o paciente laringectomizado não pode ser diferente, pois, além da dificuldade e comunicação imposta pela laringectomia, ele precisa conviver ainda com a representação cotidiana do câncer, motivo da sua mutilação.

Muitos são os estudos que têm a comunicação como objeto de investigação, no entanto, a maioria absoluta voltada para o enfermeiro, inclusive, em situação de cuidados paliativos, como é o caso da pesquisa de Andrade et col. (2013). Os autores destacam a importância do processo de comunicação para a humanização dos cuidados de enfermagem destinados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais. Os participantes do estudo em questão resgatam a importância da relação humana, mostrando que a comunicação é considerada o alicerce para um bom relacionamento interpessoal. Em que pese o fato de não ter sido na perspectiva do conforto, ainda assim, o estudo desvela a comunicação como uma ferramenta extremamente relevante no processo de cuidar, sobretudo para o paciente terminal.

Pott et col (2013), em estudo parecido com esta proposta de dissertação apresenta resultados interessantes acerca das medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Entendem que a *“essência da enfermagem é o cuidar, portanto, faz-se necessário que o cuidado seja eficiente e prestado de forma humanizada”*. Salientam ainda que: *“a qualidade do cuidado depende da competência técnica, mas, também, da habilidade de interação e comunicação dos trabalhadores com os usuários”*. Mais uma vez pode-se evidenciar a força e a importância do processo de comunicação entre o paciente e os profissionais de enfermagem, principalmente quando o propósito maior dessa interação e relação de ajuda é cuidar com e a partir da oferta de conforto, em que pese o fato da situação vivenciada pelo paciente, seja ele crítico ou em processo de finitude.

As autoras destacam ainda que a prática de promover conforto é inerente à profissão do enfermeiro, e assim, imprescindível ao cuidado humanizado. Talvez, possa parecer de difícil compreensão pensar em uma profissão cuja a relação de ajuda tenha como pré-requisito fundamental a comunicação, as pesquisas apontarem que este processo (comunicação) seja

um qualificador e não uma ferramenta fundamental para que esta relação possa ocorrer, ou pelos menos, iniciar. Não se discute aqui, com profundidade, outras possibilidades de comunicação, pois, o que está em jogo é a comunicação através da verbalização, no entanto, reconhecemos a necessidade imperiosa de um profissional de saúde bem preparado para poder cuidar de pacientes incapacitados, ainda que temporariamente de verbalizarem.

Fica evidente que a comunicação é para os pacientes que participaram desta investigação, um elemento essencial para a promoção e manutenção do conforto em seus corpos, sobretudo quando consideramos à luz da Teoria de Kolcaba que esse conforto extrapola os limites do contexto físico e, portanto, de fácil identificação e muito talvez, de fácil resolução. Além da oferta de bem-estar físico, esses profissionais devem considerar também as dimensões sociais e espirituais, sem perder de vista as peculiaridades do ambiente em que os pacientes se encontram, quer seja em um ambulatório, quer seja em seu lar. Seja qual for o ambiente ou cenário em que estão interagindo enfermeiros e pacientes na oportunidade da prestação de cuidados, o conforto será sempre uma meta a ser alcançada, e a comunicação é sem sombra de dúvidas a ferramenta capaz de manter esses dois elementos interconectados.

Baldissera (2004, p. 129) corrobora com um conceito de comunicação, que apesar de simples e sutil, demonstra sua importância no e para o cotidiano da pragmática assistencial em saúde, para o autor, comunicação é “...*processo de construção e disputa de sentidos*”, portanto, o processo de comunicação exige de ambos, emissor e receptor a capacidade de estarem abertos e disponíveis para juntos, construir uma realidade/situação de cooperação mútua, mesmo sabendo que haverá nesta construção uma relação de poder, mas que, inevitavelmente, o maior beneficiado seja o paciente, nesse sentido, Foucault (1996, p. 75) contribui com essa discussão ao apontar que toda relação é uma relação de forças, portanto, de disputa, disputa que se configura em uma busca incessante de ambas as partes: o paciente que busca ajuda para resolver e/ou minimizar seus sofrimentos e o enfermeiro que tenta oferecer, a partir de seus cuidados a ajuda necessária e quem sabe, conforto.

É nesta interação que os sentidos, expectativas, medos e anseios se confrontam e se afrontam mediante uma situação que exige diálogo e que, no modelo biomédico vigente passa a ser o “paciente” no sentido mais literal da palavra que, muitas vezes se vê em uma situação de desvantagem, quer seja por sua condição de adoecimento físico, quer seja pela situação de necessidade. É neste momento em que as disputas dos sentidos ganham força e é neste

momento em que a comunicação se aproxima de uma necessidade quase que inexorável de segurança por parte do paciente já fragilizado.

Há de se ressaltar que é neste diálogo, portanto, neste conforto de sentidos que o processo de comunicação se vislumbra e a necessidade de sensação de segurança vai tomando forma, influenciando cada momento de tomada de decisão do emissor e/ou do receptor, momento em que os signos linguísticos e semióticos vão emergindo, por uma lado, um ser humano que nasce dotado de capacidade funcional e cognitiva para se comunicar verbalmente, mas que por motivos alheios à sua vontade se encontra totalmente ou parcialmente incapaz de fazê-lo.

Do outro lado, outro ser humano dotado das mesmas capacidades, cuja formação técnico-científica o “habilitou” para prestar cuidados de enfermagem desde a concepção até a morte e assim, interagir com recém-nascidos e moribundos, mas que, no momento em que mais precisa da sua habilidade de se comunicar, parece encontrar dificuldades que são percebidas pelo seu paciente e que, por isso, perde-se em um espaço fronteiro que envolve a capacidade, a necessidade e a segurança de uma cadeia comunicacional bem elaborada e eficiente.

Dito isto e procurando avançar no discurso da segurança do paciente, aqui configurada tal como condição geradora de (des)conforto para o paciente totalmente laringectomizado, é imperativo destacar, neste momento, que a segurança a qual estamos falando diz respeito, exclusivamente à manutenção da vida que pode se encontrar ameaçada por causa de uma comunicação ineficaz quando da interação paciente/profissional de saúde e que exige de ambas as partes a confiança necessária para que os resultados de Atos e Ações de cuidar sejam livres de iatrogenias.

Há de se considerar, dentre outros aspectos, a carga cultural de cada indivíduo envolvido, não obstante, o imaginário construído socialmente pelo paciente, de sua doença e do processo assistencial a ele dispensado no ambiente hospitalar, haja vista que este ambiente possui grande influência no senso comum e, portanto, no imaginário das pessoas que não militam na área da saúde.

A preocupação com a segurança do paciente tem sido motivo de muitos estudos científicos que mostram aspectos qualitativos e quantitativos de como prevenir os eventos resultantes da falha na segurança. Florence Nightingale (1859) já admitia a possibilidade de eventos adversos resultantes dos cuidados prestados a um paciente, com efeito, sua



preocupação com a segurança do paciente fica explícita em sua reflexão: "*pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente*". Contudo, Nightingale, não fez menção à natureza do que ela chamou de "mal".

Anos mais tarde, em 1999, com a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* nos Estados Unidos da América, os erros provenientes da assistência médica torna-se cientificamente evidente, erros que causaram milhares de mortes e sequelas irreversíveis, sendo assim, não foi por acaso que a palavra [segurança] tenha sido o núcleo central de uma das duas árvores de similitude construídas pelo Iramuteq 7.2<sup>®</sup> neste estudo.

A emergência desta palavra frequentemente encontrada nas respostas dos participantes da pesquisa revela na verdade o medo e o receio de serem acometidos por alguma iatrogenia oriunda de uma comunicação ineficaz. Assim, há que se razoavelmente inferir que a interação entre enfermeiros e pacientes totalmente laringectomizados pode gerar desconforto, principalmente para o paciente quando há falhas e /ou ruídos na comunicação.

Pedreira (2009) em estudo sobre a segurança do paciente destaca que "*o sistema no qual se desenvolvem as principais ações de cura e cuidado para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde, assim como na era de Nightingale, precisa ser repensado para garantir a segurança do usuário*". Repensado de maneira que o processo de comunicação seja contemplado e privilegiado por parte dos profissionais de saúde, pois, ela precisa ser efetiva entre todos os envolvidos, pacientes e profissionais de saúde.

Ainda de acordo com Pedreira (2009), não existe uma unanimidade sobre a definição do termo segurança, via de regra, é definido como ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados ou as lesões resultantes do atendimento médico-hospitalar. Segue destacando que os pacientes internados sentem-se inseguros quando são submetidos a procedimentos médicos e com alta expectativa de que novos incidentes poderão ocorrer, o que é ratificado por Vincent (2009).

Em 2005 a Joint Commission International traçou seis metas para a segurança do paciente, uma delas se refere a efetividade da comunicação. Relacionar segurança e comunicação como matrizes para um conceito de conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados é facilmente justificável quando nas literaturas específicas nos deparamos com pesquisas sobre segurança do paciente em que o processo de comunicação tem sido apontado com a principal falha nos mecanismos de salvaguarda para prevenção de

eventos adversos em ambiente hospitalar. Esta é uma constatação cientificamente comprovada e que pode guardar uma relação bastante perene para um conceito de conforto construído a partir das predicações desses sujeitos.

Indiscutivelmente, garantir segurança em um ambiente com grande potencial deletério perpassa pela capacidade de comunicação dos seus profissionais. Talvez, mais importante do que garantir que todos os mecanismos de salvaguarda estejam em perfeitas condições, é fazer com que os pacientes se sintam seguros. Oferecer segurança é uma coisa, fazer com que os pacientes se sintam seguros, mesmo porque, sentir-se seguro é uma necessidade humana básica (NHB) descrita na Teoria de Abraham H. Maslow, e muito embora não pareça, é outra coisa completamente diferente e que, muito certamente, como parece ser o caso do grupo estudado, uma tarefa quase que exclusiva da capacidade de seus profissionais se comunicarem com os seus pacientes, pois entendemos, tal como Stefanelli (2012) que a construção de uma cultura de segurança deve ter como pilar principal a comunicação e nesse sentido a autora ressalta que:

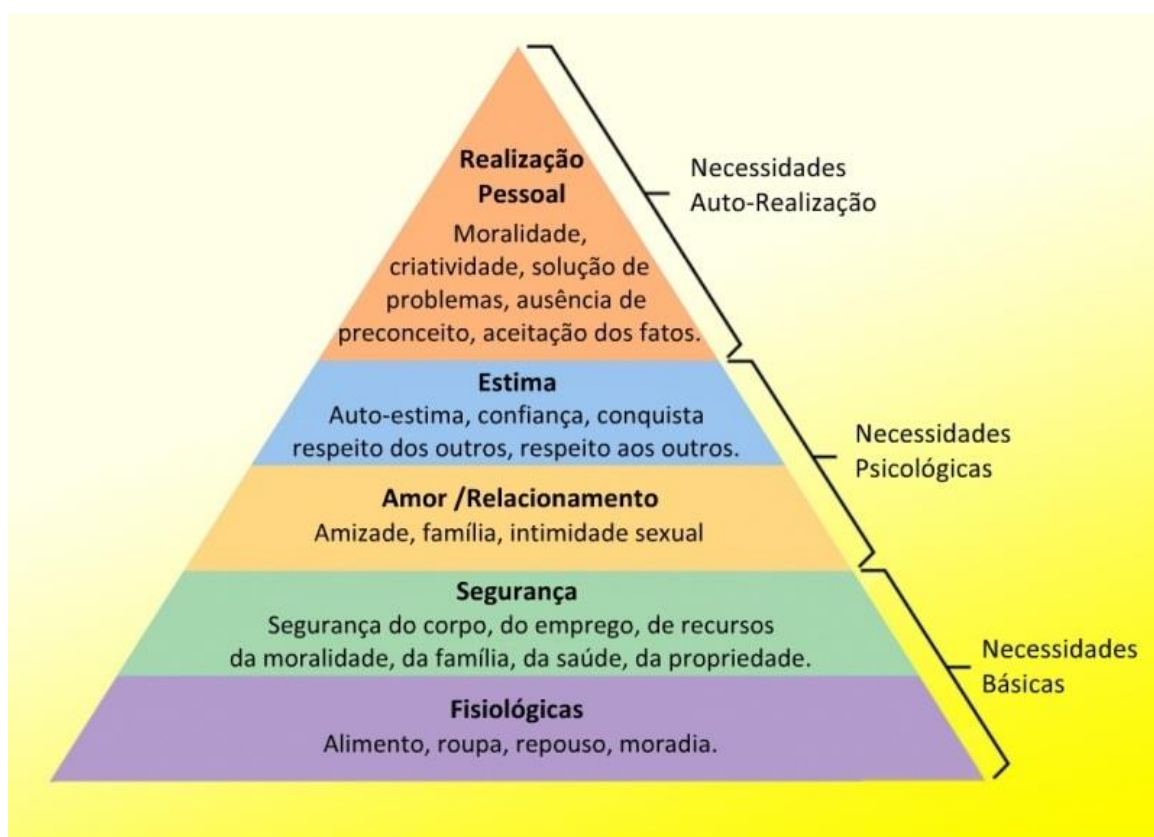
*“A comunicação é essencial para o relacionamento enfermeiro/paciente. Pela maneira de se expressar, o profissional de enfermagem pode identificar os significados que o paciente atribui à doença, a hospitalização e ao tratamento cirúrgico. Entendemos que comunicação terapêutica é a competência do profissional de saúde em compreender a interação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios a autorrealização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível”.*

Aproximar a segurança e a comunicação como predicações de conforto não é uma tarefa difícil, muito menos, impossível. Silva (2008) em sua tese de doutoramento apresenta um conceito de conforto que tem a realização/satisfação das necessidades humanas básicas como um dos aspectos a serem considerados. Portanto, se a segurança é um elemento entendido como necessidade humana básica, assim como a comunicação, parece factível e pertinente considera-los na construção de um conceito de conforto. A esse respeito Maslow (1970) contribui para esta discussão quando conclui que: *“o homem é motivado por necessidades organizadas numa hierarquia de relativa prepotência. Isto quer significar que uma necessidade de ordem superior surge somente quando a de ordem inferior foi relativamente satisfeita”.* Para o autor, no momento em que as necessidades fisiológicas encontram-se razoavelmente satisfeitas, as necessidades localizadas no nível imediatamente superior começam a dominar o comportamento do homem; começam a motivá-lo. Essas são

as chamadas necessidades de segurança. Se tomarmos a comunicação como uma necessidade humana, ainda que não seja considerada como básica por Maslow em sua pirâmide, é ela que vai garantir que todas as necessidades humanas básicas sejam satisfeitas, pois, o processo de comunicação permeia toda a pirâmide.

A ilustração abaixo, figura 4, é um pictograma adaptado da Pirâmide de Maslow (1970). Fica evidente que, para a satisfação de todas as necessidades, a comunicação é fundamental, no entanto, em termos de prioridade, a segurança só perde espaço para as necessidades fisiológicas, sem as quais, todas as outras não teriam motivos de existirem.

**Figura 4 - Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas**



Fonte: Maslow, 1970.

Qualquer que seja o conceito de conforto há de se reportar às necessidades fisiológicas, pois, todas são responsáveis pela manutenção da vida biológica. Entretanto, mesmo quando, aparentemente essas condições estejam sendo oferecidas, tudo leva a crer que para os pacientes laringectomizados, nada é mais importante que a comunicação e a segurança, pois, de nada adianta ter o alimento para se alimentar se não sabe como, pois, se sente inseguro, pois, sabe que o ato de se alimentar e de se hidratar pode ter

consequências graves que poderão leva-lo à morte. O mesmo pode-se dizer com o sono e repouso. Como conseguir dormir estando inseguro de sua capacidade ventilatória.

Outra inferência razoável é a de que a segurança como predicado matricial de um conceito de conforto ou a sua sensação relatada pelos pacientes participantes desta pesquisa está diretamente relacionada à sua instabilidade/labilidade emocional, uma vez que sua laringectomia foi resultante de um tumor maligno que deixou marcas significativas em sua vida social, fisiológica e, principalmente, emocional. Espírito Santo (1985) estudando a segurança emocional como necessidade humana básica destaca que pacientes gravemente enfermos internados em uma unidade de terapia intensiva estão com sua segurança emocional seriamente afetada, visto que, *“como ser holístico, a doença representa um fator capaz de afetar a segurança física, econômica, religiosa e, principalmente emocional”*.

Sabendo-se da grande influência que o diagnóstico do câncer tem na vida do ser humano, sobretudo em sua condição emocional, é possível fazer essa aproximação com o paciente laringectomizado, pois, ele e os doentes críticos em uma unidade de terapia intensiva experimentam em algum momento a angústia diante do desconhecido, o ambiente hospitalar e a doença devastadora que podem juntos, destruir sonhos e expectativas de vida. Assim, ao reconhecermos que a segurança emocional é um elemento presente na necessidade de segurança caracterizada por Maslow, o enfermeiro passa a dispor de alternativas de cuidado que podem ser implementadas de maneira que esses pacientes, mesmo experimentando situações angustiantes e de conflito, possam sentir-se seguros e assim, confortáveis. A Teoria Holística de George e Levine talvez possam corroborar com esta afirmação, pois, para ela, o *“homem é um todo dinâmico, onde todas as funções orgânicas são integradas, quer na saúde ou na doença”*.

Tudo remete para o fato de que construir um conceito de conforto aponta o pesquisador para um contexto complexo que exige explicações baseadas na multirreferencialidade e que estão em harmonia com aspectos altamente objetivos de necessidades humanas, como respiração, alimentação e hidratação, mas que sozinhos, não fornecem os elementos necessários para um conceito e que, para tanto, necessita de explicações teóricas e ou axiomáticas que irão fornecer os metaparadigmas mais fundamentais para esse conceito, como é o caso das sensações e emoções.

Aproximando as palavras encontradas, suas relações com as Necessidades Humanas Básicas e as teorias do Conforto e do Conceito, foi possível a construção do conceito de

conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados e que confere com: *“Um estado de bem-estar que considere a comunicação como instrumento capaz de assegurar a segurança necessária à satisfação das Necessidades Humanas Básicas a partir dos cuidados de enfermagem.”*

O conjunto das afirmações que vimos construído e as inferências apresentadas neste estudo sustentam o nosso objeto de estudo proposto que é o conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados.

## **VII- Considerações Finais**

Antes de qualquer coisa, assumimos que este estudo confere com uma experiência primeira e, portanto, irá necessitar de outros estudos com o mesmo desenho para que se possa pensar em eventual validação do conceito aqui construído.

Acreditamos que esta pesquisa acerca do conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados será mais um constructo que irá colaborar muito nas esferas do ensino, pesquisa e extensão e, sobretudo, na assistência médico-hospitalar especializada em cuidados a pacientes totalmente laringectomizados.

Restou evidente, que a partir deste entendimento e com embasamento científico foi possível afirmar que na mundividência desses sujeitos pertencentes a este cenário específico o conforto está intimamente ligado ao binômio comunicação/segurança. Revela-se nesta pesquisa a importância da comunicação e da segurança na prestação de cuidados de enfermagem, quer seja no sentido de oferecer e promover conforto, assim como, de minimizar o desconforto ocasionado pelas alterações fisiológicas e psicossociais consequentes de procedimentos cirúrgicos.

A satisfação das necessidades humanas básicas para a promoção e manutenção do conforto para o paciente totalmente laringectomizado deve ser valorizada cada vez mais pelos profissionais de enfermagem.

O pressuposto estado de desconforto experimentado pelos participantes desta pesquisa, ocasionados pelas consequências fisiológicas e psicossociais da cirurgia, foi confirmado. A impossibilidade de exercerem a comunicação verbal prejudica diretamente suas interações e relações sociais, fato este que gera uma condição de insegurança capaz de causar desconforto.

Para os pacientes totalmente laringectomizados, a comunicação é um elemento essencial para a promoção e manutenção do conforto, sendo assim o enfermeiro envolvido

nos cuidados destes pacientes deverá ofertar o bem-estar físico, considerando também as dimensões sociais e espirituais, além das particularidades do ambiente em que os pacientes se encontram.

A utilização dos dois referenciais teóricos proporcionou que os objetivos fossem totalmente alcançados, não obstante, a utilização de leis bibliométricas permitiu a determinação de um grupo de palavras constituintes do conceito apresentado tal como constructo da pesquisa.

Na consecução do estudo, algumas dificuldades emergiram da dificuldade de abordagem dos pacientes e posterior coleta de dados, haja vista que são pessoas com baixo nível de instrução e, portanto, de entendimento, dificuldade que foi aumentada pela incapacidade de verbalização.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA. Instituto de Lexicologia e Lexicografia. **Dicionário da língua portuguesa contemporânea**. Lisboa: Editorial Verbo, 2011.

AIKENS, C. **Making the patient comfortable**. The Canadian Nurse, 1908.

ALLIGOOD, M.R.; MARRINER Tomey, A. **Nursing Theory: Utilization and application**. 2ªed. St. Louis: Mosby, 2002.

ALMEIDA, V.M.L.; JUNQUEIRA, A.; MALTONI, L.A.; BRUNO, L.C. Dimensionamento da força de trabalho necessária às Unidades Hospitalares do Instituto Nacional de Câncer/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n.1, p.71-78, 2007.

ANDRADE, C.G.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal** Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf>. Acesso em: 30/03/2016.

APÓSTOLO, J.L.A. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista de Enfermagem Referência**, V.II, n.9. Coimbra, 2009.

ARAUJO FILHO, V.J.F.; BRANDÃO L.G.; FERRAZ A.R. **Manual do residente de cabeça e pescoço**. São Paulo: Keila & Rosenfeld, 1999.

ATSON, J. **Nursing. The philosophy and science of caring**. Boulder, CO. Associated University Press, 1973.

BARBOSA, L.N.F.; FRANCISCO, A.L.. **Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo**. Paidéia jan.-abr. 2011 v. 21, No. 48, 73-81 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a09v21n48.pdf>. Acesso em: 03/04/2016.

BALDISSERA, R. **Comunicação Organizacional: O Treinamento de Recursos Humanos como Rito de Passagem**. São Leopoldo: Unisinos, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERSBUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe –Instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para o cuidado da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BETTINELLI, L.A.; TOURINHO F.H.; CAPOANI P. Experiências de idosos após laringectomia total. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2000; 2(2): 11-20.

BITTES JUNIOR, A. B.; MATHEUS, M. C. C. **Comunicação como instrumento básico em enfermagem. In: instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** Cianciarullo, T.I. São Paulo: Atheneu, 2003.

BOLLNOW, Otto Friedrich. **O homem e o espaço.** Curitiba: Editora UFPR, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rotina Interna do INCA: serviço de cabeça e pescoço.** 2ed. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012.** Brasil. Disponível em: [www.inca.gov.br/estimativa/2012](http://www.inca.gov.br/estimativa/2012). Acesso em: 25 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Relatório Anual 2005.** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Relatorios/organizacaoegestao.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Relatório Anual 2012.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 14/02/2016.

DAHLBERG, I. **Knowledge organization and terminology philosophical and linguistic bases.** International classification, v.19, n. 2, 1992.

ESPIRITO SANTO, T. J. M. Segurança Emocional como Necessidade Humana Básica – Atuação do Enfermeiro Junto ao Cliente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 38 (3/4): 231-236 jul./dez, 1985.

FERREIRA. A.B.H. **Minidicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FLÁVIO, P. G. C., ZAGO, M. M. F.. Reabilitação vocal do laringectomizado: características culturais do processo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v.7, n. 2, p. 63-70, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso.** São Paulo: Loyola, 1996.

GELAIN, I. O significado do “Êthos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.5, n.1/4, p. 14-25, jan./dez., 1992.

GEORGE, J. B.; LEVINE, M. E. **Nursing theories - the bases for professional nursing practice.** New Jersey, Prentice Hall, 1980. p. 150-63.

GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, framework and models.** 2. ed. St. Louis: Mosby company, 1986. p. 57-67 (v.I).

HENDERSON, V. **The nature of nursing.** New York: McMillan, 1966.

HORTA, W. A.; et al. O ensino dos instrumentos básicos da enfermagem. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Enfermagem.** Ano. 24, n. 3; 4, p.159-69, abr./jun., 1971.



KOLCABA, K. **The comfort line**. Disponível em: <http://www.uakron.edu/comfort> . Acesso em: 24 de agosto de 2013.

KOLCABA, K. **An analysis of the concept of comfort**. Journal of Advanced Nursing, v. 16, p. 1301-1310, 2003.

MASLOW, Abraham. **Motivation and Personality**. New York: Harper & Row, 1970.

MCILVEEN, K.; MORSE, J. **The role of comfort in nursing care: 1900-1980**. Clinical Nursing Research. 1995.

MINAYO, M.C.; DESLANDES S.F.; GOMES R.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

ORLANDO, I. **The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles**. New York: Putnam, 1961.

PATERSON, J.; ZDERAD, L. **Humanistic nursing**. 2.ed. New York: National League for Nursing, 1975.

PARISE O.; KOWALSKI L.P.; LEHN C. **Câncer de Cabeça e Pescoço: Diagnóstico e Tratamento**. 1ed. São Paulo: Âmbito Editores, 2008.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, vol.22 n.4, 2009.

PEDROLO, F.T.; ZAGO, M.M.F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 40-56, 2002.

POTT, F.S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, J.V.C.; MEIER, M.J. Medidas de Conforto e Comunicação nas Ações de Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 66 (2): 174, março/abril, 2013.

PRESUT, D. J.; HERMAN, J. **Clinical Reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. New York: Delmar Publishers, 1999.

MARCHAND, P e RATINAUD, P.. **L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle français**. Universidae de Toulouse, França 2011. Disponível em: <http://lexicométrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquée%20aux%20corpus%20textuels.pdf>. Acesso em: 18/10/2015.

SAWADA N.O.; ZAGO M.M.F.; GALVÃO C.M.; FERREIRA E.; BARICHELLO E. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2000; 8(4): 73-80.

SILVA, C.R.L. **Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 49-55, 2011.

SILVA, L.M.G.; BRASIL V.V.; GUIMARÃES H.C.Q.C.P.; SAVONITTI B.H.R.A.; SILVA M.J.P. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2000; 8(4): 52-8.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2012.

U.S. INSTITUTE OF MEDICINE. NATIONAL ACADEMY PRESS. **Committee on Quality of Health Care in America**. To Err is Human: Building a Safer Health Care System . Novembro de 1999. Disponível em: [https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf](https://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf). Acesso em: 02/04/2016.

VANOYE, F. **Usos da linguagem: problemas e técnicas na produção oral e escrita**. 9.ed., São Paulo, Martins Fontes, 1993.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Yendis, 2009.

ZAGO, M.M.; SAWADA, N.O. Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.1, p. 67-72, 2001.

ZAGO MMF, STOPPA MJR, MARTINEZ EL. O significado cultural de ser laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 1998; 44(2): 139-45.

ZINN, G.R.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.11, n.3, p. 326-332, 2003.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONFORTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES LARINGECTOMIZADOS TOTAIS**

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, sobre conforto na perspectiva de pacientes laringectomizados totais, na qual você responderá a um questionário, na presença do pesquisador, para que possíveis dúvidas sejam dirimidas, porém sem a interferência deste.

#### **OBJETIVO DO ESTUDO**

Pretende-se que essa pesquisa possa contribuir na área de ensino, pesquisa, e da assistência de enfermagem, com a construção de mais um conceito do conforto que possa colaborar para uma prática de enfermagem centrada na oferta de cuidados confortantes para pacientes laringectomizados.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

#### **RISCOS**

O seu tratamento será exatamente o mesmo caso você participe ou não deste estudo.

#### **BENEFÍCIOS**

A  
pesquisa vai trazer uma contribuição científica no plano da construção de mais um conceito de conforto que possa colaborar para uma prática de enfermagem centrada na oferta de cuidados confortantes para pacientes laringectomizados, além da produção de artigos científicos para publicação.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do paciente

\_\_\_\_\_  
Rubrica do pesquisador

## **CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS**

Seu nome não será revelado ainda que informações de seu registro médico sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos. Os dados da pesquisa ficarão em um arquivo sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, como preconiza a resolução 466/2012.

## **CUSTOS**

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o paciente pela sua participação no estudo.

## **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

É importante que você saiba que a sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

## **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

Nós estimulamos a você ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a enfermeira Flávia no telefone 32071812. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo clínico também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua do Rezende 128, sala 203, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3207-4550 ou (21) 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br)

---

Rubrica do paciente

---

Rubrica do pesquisador

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Assinatura do Paciente)                      dia    mês    ano

\_\_\_\_\_  
(Nome do Paciente – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Flávia Zachariades Areias                      dia    mês    ano

\_\_\_\_\_  
Rubrica do paciente

\_\_\_\_\_  
Rubrica do pesquisador

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

Pela dificuldade de comunicação verbal apresentada pelos pacientes deste estudo, será utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semiestruturado.

1. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. Sexo:  F  M
3. Estado Civil:  solteiro  casado  divorciado  viúvo
4. Grau de instrução:  1º grau incompleto  1º grau completo  2º grau incompleto  
 2º completo  3º grau incompleto  3º completo
5. Trabalha atualmente:  não  sim \_\_\_\_\_
6. Tabagismo:  nunca  parou  mantém
7. Etilismo:  nunca  parou  mantém
8. Uso de drogas ilícitas  nunca  parou  mantém
9. Data da cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
10. Das palavras abaixo, marque três que mais se aproximam da palavra conforto:
  - Segurança
  - Bem-estar
  - Livre de ansiedade
  - Ambiente sem ruído
  - Ser cuidado por alguém competente
  - Tranquilidade/calma
  - Ambiente adequado
  - Outra. Qual? \_\_\_\_\_

11. Das necessidades abaixo, marque três que você julga fundamentais para sua condição de saúde:

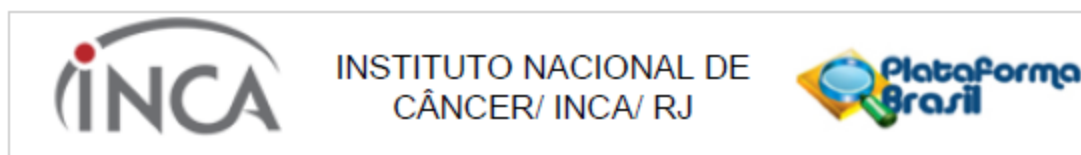
- Comunicação
- Hidratação
- Nutrição
- Sono e repouso
- Autoestima
- Locomoção
- Outra que não esteja listada. Qual? \_\_\_\_\_

12. Dentre os fatores abaixo, marque três que mais lhe causam desconforto:

- Comunicação
- Respiração
- Convívio social/familiar
- Profissionais de saúde
- Hospital
- Procedimento cirúrgico/ laringectomia total
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## ANEXO

### ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conforto na perspectiva de pacientes laringectomizados totais por câncer na laringe

**Pesquisador:** Flávia Zachariades Areias

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31073214.4.0000.5274

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 738.545

**Data da Relatoria:** 17/08/2014

##### Apresentação do Projeto:

A proposta do estudo é investigar o conceito de conforto na perspectiva dos pacientes laringectomizados totais. Será de natureza qualitativa, com a obtenção dos dados feita através de questionário semiestruturado, que deverá ser respondido pelos participantes da pesquisa, que serão pacientes atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço, de um instituto da rede pública federal do Rio de Janeiro, que foram submetidos à laringectomia total. Os resultados serão analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

- Construir um conceito de conforto a partir das predicações/palavras emitidas pelos pacientes laringectomizados totais.

##### Objetivos Secundários:

1. Descrever os atributos qualitativos de conforto na perspectiva de pacientes laringectomizados totais;
2. Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas nos pacientes laringectomizados totais;

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



-Apesar de não haver um benefício direto aos pacientes o estudo trará uma contribuição científica no plano da construção de um conceito de conforto que possa colaborar para uma prática de enfermagem centrada na oferta de cuidados para pacientes laringectomizados, além da produção de artigos científicos para publicação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto Exequível. Trabalho de conclusão de Mestrado Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro da Pesquisadora Flávia Zachariades Areias tendo como orientador o Professor Carlos Roberto Lyra da Silva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Trata-se da análise às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 689.290, datado de 17 de Junho de 2014:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1)Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: a Folha de Rosto está devidamente preenchida, datada e assinada.
- 2) Projeto de Pesquisa: apresentado com as pendências devidamente atendidas.
- 3) Projeto de Pesquisa na Plataforma Brasil(PB): apresentado e adequado.
- 4) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: apresentado. O projeto de pesquisa conta com financiamento da própria pesquisadora.

<b>Endereço:</b> RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
<b>Bairro:</b> CENTRO <b>CEP:</b> 20.231-082
<b>UF:</b> RJ <b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)3207-4550 <b>Fax:</b> (21)3207-4556 <b>E-mail:</b> cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 738.545

5) Cronograma: apresentado e adequado.

6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: o Formulário está devidamente preenchido, datado e assinado e as pendências atendidas.

7) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE: apresentado com as pendências atendidas.

**Recomendações:**

Cientizar o Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituição Proponente com a qual a pesquisadora principal tem vínculo de Pós-Graduação, que o CEP-INCA concluiu a análise ética do projeto proposto.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é instituição sediadora, aquela em que haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

RIO DE JANEIRO, 05 de Agosto de 2014

Assinado por:

Carlos Henrique Debenedito Silva  
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 738.545