



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

**A Comunicação no Relacionamento Interpessoal  
Enfermeiro/Cliente Idoso Oncológico submetido a  
traqueostomia de urgência.**

RIO DE JANEIRO  
2008



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

**A Comunicação no Relacionamento Interpessoal  
Enfermeiro/Cliente Idoso Oncológico submetido a  
traqueostomia de urgência.**

**Por**

Denise Yokoyama Alves

Projeto apresentado à Banca Examinadora do  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
Mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem: O cotidiano da prática de cuidar e ser  
cuidado

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Enedina Soares

Rio de Janeiro  
Dezembro/2008

**A Comunicação no Relacionamento Interpessoal Enfermeiro/Cliente Idoso  
Oncológico submetido a traqueostomia de urgência.**

Projeto de dissertação submetido ao programa de pós-graduação em enfermagem da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para  
aprovação na Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem: O cotidiano da prática de  
cuidar e ser cuidado.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Presidente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enedina Soares  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

---

1<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Teresa Carvalho de Araújo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Suplente: Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Maria de Fátima Batalha de Menezes  
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

---

2<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Terezinha de Jesus Espírito Santo Silva  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO)

---

Suplente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Ana Karine Ramos Brum  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)



## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a Deus, pelo apoio silencioso, e a descoberta de sua infinita bondade e amor presente em todos os dias de minha vida.

### **Agradecimento especial**

Ao meu amado esposo Carlos Alberto e aos meus filhos Larissa e Rodrigo que compartilharam deste desafio de maneira constante e silenciosa enfrentando meus momentos de aflição e angústia. Tenho em vocês meu porto seguro de amor, admiração, realização pessoal e paz. Essa vitória é nossa.

Aos meus pais, Izumi e Julia e minhas irmãs, Deise e Débora, pelo apoio, confiança e incentivo. Vocês fazem parte desta conquista. Muito Obrigado.

## **Agradecimentos**

Seria impossível mencionar todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, porém não posso deixar de destacar:

A Deus por me dar a oportunidade de chegar até aqui e completar mais uma etapa das várias que ainda virão na minha vida.

A Enf<sup>a</sup> Ailse Bittencourt, Chefe da Divisão de Enfermagem do HC I, e também colega de turma do mestrado, pela amizade construída ao longo do curso, apoio e incentivo para terminarmos juntas a nossa jornada;

A Enf<sup>a</sup> Maria Inez que possibilitou a minha liberação para cursar o mestrado e por ter compreendido a minha contribuição parcial nestes últimos meses.

As Enfermeiras do Centro Cirúrgico e da Clínica Cirúrgica de Cabeça e Pescoço, pelo apoio e incentivo durante a minha pesquisa.

A todos os colegas e amigos da equipe de enfermagem da Recuperação Pós-anestésica do HC I, Verônica, Valeria Scott, Lucia de Fátima, Milvia e Cristiane, que souberam compreender a necessidade das minhas ausências do setor e muito me animavam nos momentos de desânimo.

As Enfermeiras Fátima Batalha e Elaine Barranco pelas contribuições para a execução do estudo;

Aos Membros da Banca Examinadora pelas relevantes contribuições ao estudo;

A secretária do mestrado da UNIRIO, Márcia, pela paciência e torcida em todos os momentos para que tudo desse certo.

A secretária da Divisão de Enfermagem do HC II, Renata Giorgi, que muito me ajudou na formatação da Dissertação.

A todos os professores e coordenadores do Mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO, pelos conhecimentos e experiências transmitidos durante e após as disciplinas ministradas.

E, por fim, a minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Enedina Soares pela enorme contribuição e paciência na orientação para elaboração deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigado!!

### *Mensagem de um Idoso*

*Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampara-me...*

*Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar  
para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...*

*Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso,  
ajuda-me com paciência...*

*Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente  
partilhe um sorriso e seja solidário...*

*Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia,  
não me repreenda, simplesmente ouça-me...*

*Se me comporto com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na  
preparação para o adeus...*

*A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco  
de respeito e amor...*

*Autor desconhecido*



## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS NO ESTUDO	xi
LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS RELATIVOS AOS DADOS DA PESQUISA	xii
LISTA DE FIGURAS RELATIVOS AOS DADOS DA PESQUISA	xiii
RESUMO	xiv
ABSTRACT	xv
RESUMEM	xvi
<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>02</b>
1.1 Introdução	02
1.2 Problematização	04
1.3 Objetivos	11
1.4 Relevância do Estudo	12
<b>2. BUSCANDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA O ESTUDO</b>	<b>16</b>
2.1 A Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee	16
2.2 O Processo de Comunicação	21
2.3 O Câncer de Cabeça e Pescoço	30
2.4 Processo de envelhecimento natural do idoso	33
2.5 Cuidado de enfermagem em oncologia	38
2.6 Assistência de enfermagem perioperatório ao cliente idoso oncológico traqueostomizado	42
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>49</b>
3.1 Tipo de estudo	49
3.2 Cenário do estudo	50
3.3 Sujeito do estudo	53
3.4 Procedimentos da coleta de dados	55

3.5 Procedimento de organização e análise dos dados	57
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	60
<b>4. RESULTADO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>62</b>
4.1 O perfil dos sujeitos pesquisados	62
4.2 A construção das unidades de registro e das categorias temáticas e subcategorias	67
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>96</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>101</b>
<b>7. APÊNDICE</b>	<b>112</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>115</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS NO ESTUDO**

**AC** – Análise de Conteúdo

**CP** – Cabeça e Pescoço

**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

**COREN/RJ** – Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

**CC** – Centro Cirúrgico

**CVC/LP/SI** – Cateter Venoso Central de Longa Permanência Semi-implantado

**HC I** – Hospital do Câncer I

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer

**POI** – Pós-operatório imediato

**RPA** – Recuperação Pós-Anestésica

**SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SAEP** – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

**SRPA** – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UI** – Unidade de Internação

**UTI** – Unidade de Tratamento Intensivo

**UNIRIO** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS RELATIVOS AOS DADOS DA PESQUISA**

- Gráfico 1** – Distribuição dos enfermeiros da Recuperação Pós-Anestésica e da Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço. 64
- Gráfico 2** - Distribuição das enfermeiras da RPA e UI da CP segundo a faixa Etária . 65
- Gráfico 3** - Distribuição das enfermeiras da RPA e UI da CP em relação ao tempo de formado 65
- Gráfico 4** – Distribuição das enfermeiras da RPA e UI da CP em relação ao tempo de atuação no Setor 66
- Gráfico 5** – Qualificação das enfermeiras na Área de Oncologia da RPA e da UI da CP 66
- Quadro 1** – Perfil dos enfermeiros lotados na Recuperação Pós-Anestésica e na Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço do HC I/ INCA, RJ, 2008. 62
- Quadro 2** – Construção das Categorias temáticas, subcategorias e as unidades de Registro 68

**LISTA DE FIGURAS RELATIVAS AOS DADOS COLETADOS**

<b>Figura 1</b> – Fluxograma dos clientes idosos encaminhados para a realização da traqueostomia de urgência	47
<b>Figura 2</b> – Comunicação enfermeiro/cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, utilização da lousa mágica na RPA	89
<b>Figura 3</b> – Comunicação e interação enfermeira/cliente/familiar na RPA	93

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os objetivos propostos foram investigar a partir do discurso dos enfermeiros qual o conhecimento e a prática desenvolvida sobre o processo de comunicação no relacionamento interpessoal com o cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência, identificar quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para facilitar no processo de comunicação no relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado no período do pós-operatório imediato e analisar como essas estratégias facilitam a comunicação e a interação entre enfermeiro/cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência. Participaram do estudo sete enfermeiras da unidade de internação da clínica cirúrgica da cabeça e pescoço e oito enfermeiras da recuperação pós-anestésica de uma Instituição Pública de Referência em Tratamento de Câncer, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturadas no 1º semestre de 2008 e analisados com base na fundamentação teórica da comunicação e do Relacionamento Interpessoal de Joyce Travelbee. Os dados foram classificados e categorizados mediante a análise de conteúdo. Tal processo de análise resultou em cinco categorias temáticas, subdividindo-se em duas subcategorias: 1) Processo de comunicação interpessoal, subdividindo-se em: 1.1) Comunicação verbal e 1.2) Comunicação não verbal; 2) Dificuldades na avaliação da comunicação no relacionamento interpessoal; 3) Sentimentos apresentados pelo o cliente idoso traqueostomizado; 4) Estratégias utilizadas para estabelecer a comunicação; 5) Relacionamento interpessoal entre enfermeira/cliente/família. Nos resultados, constatamos algumas limitações sobre o processo de comunicação no relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado, porém alguns aspectos merecem atenção especial, como os sentimentos de medo e ansiedade, a descoberta da doença e a impossibilidade da comunicação verbal por parte do cliente idoso. Foram utilizadas várias estratégias para estabelecer a comunicação efetiva, contudo a influência do ambiente e a presença da família destacaram-se como elementos facilitadores no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso traqueostomizado. Consideramos que é dever das enfermeiras perioperatórias prestar uma assistência sistematizada ao cliente idoso oncológico no período imediato, valorizando a participação da família, após a realização da traqueostomia de urgência. Concluimos, ensejando que as enfermeiras ao relacionaram-se com o cliente idoso traqueostomizado, não se direcionem apenas as ações terapêuticas, mas compreendam as suas necessidades, identificando as prioridades, sanando ou minimizando o desconforto, como também, prestando cuidados de enfermagem qualificados e específicos para este tipo de clientela.

Palavras chave: comunicação, relacionamento interpessoal, idoso, traqueostomia, cuidado de enfermagem.

## ABSTRACT

This study is about a descriptive one, with qualitative boarding. The considered objectives had been to investigate from the speech of the nurses which the developed knowledge and the practical one on the process of communication in the interpersonal relationship with the oncologic aged customer submitted the tracheotomy of urgency, to identify which are the strategies used by the nurse to facilitate the process of communication in the interpersonal relationship with the aged customer tracheotomized in the immediate postoperative period and to analyze how these strategies facilitate the communication and the interaction between nurse/oncologic aged customer submitted the tracheotomy of urgency. Seven nurses of the unit of internment of the surgical clinic of the head and neck and eight nurses of the after-anesthetical recovery of a Public Institution, that is reference in Treatment of Cancer, had participated of the study, located in the city of Rio de Janeiro. The data had been collected through the interview half-structuralized in first semester of 2008 and analyzed on the basis of the theoretical recital of the communication and the Interpersonal Relationship of Joyce Travelbee. The data had been classified and categorized by means of the content analysis. Such process of analysis resulted in five thematic categories, subdividing itself in two subcategories: 1) Process of interpersonal communication, subdividing itself in: 1.1) Verbal communication and 1.2) not verbal communication; 2) Difficulties in the evaluation of the communication in the interpersonal relationship; 3) Feelings presented for the o tracheotomized aged customer; 4) Used strategies to establish the communication; 5) Interpersonal relationship between nurse/customer/family. In the results, we evidence some limitations on the process of communication in the interpersonal relationship with the tracheotomized aged customer, however some aspects deserve special attention, as the feelings of fear and anxiety, the discovery of the illness and the impossibility of the verbal communication on the part of the aged customer. Some strategies had been used to establish the effective communication, however the influence of the environment and the presence of the family had been distinguished as elements that turn easy the way in the interpersonal relationship nurse/tracheotomized aged customer. We consider that it is an obligation of the perioperatories nurses to give assistance systemize to the oncologic aged customer in the immediate period, valuing the participation of the family, after the accomplishment of the urgency's tracheotomy. We conclude, trying that the nurses had become related to it with the tracheotomized aged customer, not if they direct only the therapeutical actions, but that they understand its necessities, identifying the priorities, curing or minimizing the discomfort, as well as, giving well-taken care of nursing qualified and specific for this type of clientele.

Words key: communication, interpersonal relationship, aged, tracheotomy, care of nursing.

## RESUMEN

Este estudio está sobre descriptivo, con el embarque cualitativo. Los objetivos considerados habían sido investigar del discurso de las enfermeras que el conocimiento desarrollado y el práctico en el proceso de la comunicación en la relación interpersonal con el cliente envejecido oncológico sometieron la traqueotomía de la urgencia, para identificar que son las estrategias usadas por la enfermera para facilitar el proceso de la comunicación en la relación interpersonal con el cliente envejecido traqueotomizado en el período postoperatorio inmediato y para analizar cómo estas estrategias facilitan la comunicación y la interacción entre la enfermera/ el cliente envejecido oncológico sometió la traqueotomía de la urgencia. Siete enfermeras de la unidad de internación de la clínica quirúrgica de la cabeza y del cuello y de ocho enfermeras de la recuperación después-anestésica de una institución pública, de que son referencia en el tratamiento del cáncer, habían participado del estudio, localizado en la ciudad de Rio de Janeiro. Los datos habían sido recogidos con la mitad-structuralized de la entrevista en el primer semestre de 2008 y analizados en base del decreto teórico de la comunicación y de la relación interpersonal de Joyce Travelbee. Los datos habían sido clasificados y categorizados por medio del análisis del contenido. Tal proceso del análisis dio lugar a cinco categorías temáticas, subdividiéndose en dos subcategorías: 1) proceso de la comunicación interpersonal, subdividiéndose en: 1.1) Comunicación verbal y) comunicación no verbal 1.2: 2) dificultades en la evaluación de la comunicación en la relación interpersonal; 3) las sensaciones presentaron para el cliente envejecido traqueotomizado o; 4) utilizó estrategias para establecer la comunicación; 5) relación interpersonal entre la enfermera/ el cliente/la familia. En los resultados, evidenciamos algunas limitaciones en el proceso de la comunicación en la relación interpersonal con el cliente envejecido traqueotomizado, no obstante algunos aspectos merecen la especial atención, como las sensaciones del miedo y de la ansiedad, el descubrimiento de la enfermedad y la imposibilidad de la comunicación verbal de parte del cliente envejecido. Algunas estrategias habían sido utilizadas para establecer la comunicación eficaz, no obstante la influencia del ambiente y la presencia de la familia habían sido distinguidas como elementos que dan vuelta fácil a la manera en la enfermera interpersonal de la relación/ el cliente envejecido traqueotomizado. Consideramos que es una obligación de las enfermeras de los peri operatorios dar ayuda sistematiza al cliente envejecido oncológico en el período inmediato, valorando la participación de la familia, después de la realización de la traqueotomía de la urgencia. Concluimos, intentando que las enfermeras habían hecho relacionadas a él con el cliente envejecido traqueotomizado, no si dirigen solamente las acciones terapéuticas, pero que entienden sus necesidades, identificando las prioridades, curando o reduciendo al mínimo el malestar, tan bien como, dando el cuidado bien-tomado del oficio de enfermera calificado y del específico para este tipo de clientela.

Llave de las palabras: comunicación, relación interpersonal, envejecida, traqueotomía, cuidado del oficio de enfermera.

---

# **INTRODUÇÃO**

---

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 Introdução

O interesse em realizar este estudo surgiu ao longo da minha trajetória profissional, enquanto enfermeira assistencial do pós-operatório imediato, mais precisamente na Recuperação Pós-Anestésica (RPA) de um Centro Cirúrgico (CC) Oncológico, a partir de 1996, e também como consequência de uma reflexão sobre o processo de comunicação no relacionamento interpessoal com o cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência e, ainda pela experimentação de diversas dificuldades durante as tentativas de estabelecer uma comunicação efetiva com esse cliente que, após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico (traqueostomia) eram encaminhados para a RPA por falta de leito hospitalar na Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica de Cabeça e Pescoço.

A motivação sobre a temática se intensificou em 2003, quando realizei um estudo na pós-graduação, Especialização em Enfermagem Oncológica, onde foi desenvolvido um trabalho de conclusão de curso intitulado: A comunicação do enfermeiro com o cliente oncológico traqueostomizado na Recuperação Pós-Anestésica: Sistematização de conduta.

No início esse cenário me causou muitas dúvidas e incertezas, pois o processo de comunicação é fundamental nas relações humanas e as dificuldades encontradas durante as tentativas de estabelecer uma comunicação efetiva com o cliente idoso<sup>1</sup> traqueostomizado no período do pós-operatório imediato é uma preocupação para o

---

<sup>1</sup> Considera-se idoso, a pessoa maior de sessenta anos de idade, de acordo com a Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994 (Estatuto do Idoso). Ministério da Saúde, 1997.

enfermeiro e sua equipe, especialmente porque os clientes idosos não conseguiam se comunicar verbalmente, demonstravam ansiedade frente às situações novas, além disso, a ansiedade, medo do desconhecido e do processo de hospitalização. Entendemos que a RPA não é um ambiente adequado para a permanência por mais de 24 horas do cliente idoso, pois é um setor fechado e restrito, permitindo apenas a circulação da equipe multiprofissional do CC, conseqüentemente o cliente sente falta do contato com o ambiente externo e também do seu familiar.

Outro aspecto importante diz respeito ao aumento significativo da população de idoso com câncer na região da cabeça e pescoço submetidos a traqueostomia de urgência. No ano de 2007, foram realizadas 88 traqueotomias de urgência em clientes idosos, dos quais 61 pernoitaram na RPA, por falta de leito na unidade de internação da cabeça e pescoço, e somente 27 clientes conseguiram internação na clínica cirúrgica da cabeça e pescoço. No primeiro semestre deste ano de 2008, já foram realizadas 60 traqueostomia de urgência em idosos, dos quais 45 clientes ficaram na RPA e 15 clientes conseguiram internação na clinica cirúrgica da cabeça e pescoço.

Esta situação constitui uma preocupação para o enfermeiro, pois o cliente idoso traqueostomizado ao chegar na RPA não possuía nenhum conhecimento sobre o procedimento cirúrgico realizado. Além do impacto social do diagnóstico de câncer, implicando em mudanças no seu estilo de vida e diversas interferências no seu estado físico e psicológico, tanto relacionado ao ambiente desconhecido como ao desligamento temporário da família, se mostraram fatores relevantes para caracterizar uma nova situação para o cliente.

Travelbee (1979), salienta que o relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente está centrada no propósito da enfermagem, que tem como objetivo de ajudar o indivíduo e a família, a enfrentarem e compreenderem o significado da doença.

## **1.2 Problematização**

O tema em questão foi despertado a partir da observação de algumas atitudes e sentimentos como o medo e a angústia do cliente idoso, portador de câncer na região da cabeça e pescoço, que foi submetido a traqueostomia em situação de urgência no pós-operatório imediato na RPA, sendo essa fase mais angustiante para o cliente, pois é quando ele se percebe incapaz de comunicar-se verbalmente com o meio ambiente. A inquietação desse cliente, por não conseguir se comunicar, é sempre demonstrada pela expressão facial de medo e ansiedade e, ao mesmo tempo, através de gestos frequentes com as mãos solicitando a presença do enfermeiro, algumas vezes as solicitações são feitas de forma tranqüila e, por vezes, de forma angustiante, expressadas através do bater na grade da cama. Esses movimentos são traduzidos por um único motivo, a falta da voz para se comunicar.

Diante da situação vivenciada, observamos que muitas vezes a equipe de enfermagem apresentava algumas dificuldades em se comunicar e estabelecer o relacionamento interpessoal, pois a percepção da mutilação, pelo cliente idoso traqueostomizado, através da alteração da auto-imagem, da perda da voz e do medo da morte é sentimento constante, assim como o sentimento de pesar demonstrado por lágrimas.

Certa ocasião ao receber o plantão do serviço noturno e ao visitar os clientes que tinham pernoitado na RPA após as primeiras 24 horas de pós-operatório e, ao cumprimentar o cliente idoso, do sexo masculino, de 68 anos de idade, que havia sido submetido a traqueostomia de urgência, e que por falta de leito disponível na Unidade de Internação da Clínica da Cabeça e Pescoço permaneceu na RPA, notei que ele estava angustiado e muito ansioso. Perguntei-lhe como havia passado a noite, o cliente por meios de gestos com as mãos e mímica labial indagou-me: eu fiquei mudo? retiraram todo o tumor? porque não consigo falar? porque fiquei aqui sem o meu acompanhante? Por um momento fiquei paralisada a sua frente e perguntei-lhe: o senhor ficou esse tempo todo sem se comunicar ou pedir ajuda? ficou nessa ansiedade e expectativa até esse momento? O cliente gesticulou com a cabeça respondendo-me que sim, ficou desde o dia anterior após ter sido submetido a uma cirurgia que ele não sabia muito bem o nome, mais que consistia em uma abertura no pescoço para poder respirar melhor, só que não foi informado que iria ficar internado ou ficar sem se comunicar verbalmente.

Stefanelli (1993) classifica a comunicação como um ato de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, as mensagens e o modo como o intercâmbio ocorre influenciará no comportamento das pessoas. Corroborando com esta afirmativa, a interação entre enfermeiro /cliente traqueostomizado ocorrerá de forma diferenciada, pois o enfermeiro utiliza a comunicação verbal e não verbal, para emitir mensagens, e o cliente que não pode verbalizar utilizará a comunicação não verbal para tentar manter o relacionamento interpessoal. Para Silva (1996) a comunicação não verbal

é aquela que não é associada as palavras, esta comunicação pode ocorrer através da expressão facial, gestos, movimentos do corpo, postura corporal e relação proxêmica<sup>2</sup>.

Pagliuca (1996) descreve que a comunicação pode ter objetivos específicos, como: prestar atenção nas relações interpessoais, nas relações de grupo, na transmissão de idéias e dos ensinamentos. Por isso, entende-se que a comunicação possui um aspecto importante no cuidado de enfermagem, essencial para estabelecer uma relação de confiança, de respeito e de empatia.

A pessoa idosa devido ao processo do envelhecimento natural pode apresentar algumas limitações em suas funções orgânicas nas primeiras horas após a realização de um procedimento cirúrgico. Pode apresentar-se confuso, não conseguindo interagir adequadamente com o enfermeiro, principalmente por estar impossibilitado de se comunicar verbalmente.

O enfermeiro deve procurar conhecer o cliente, de forma que ocorra uma relação interpessoal entre ambos. O processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanizada e personalizada de acordo com as necessidades encontradas.

Sabemos que não é uma tarefa fácil compreender o que o cliente idoso traqueostomizado quer expressar, podendo às vezes a mensagem ser confundida e levar a uma interpretação errada da sua real necessidade afetada.

É fundamental para o enfermeiro estabelecer um bom relacionamento com o cliente idoso oncológico e sua família, encorajando-os a expressarem os seus sentimentos, medos e ansiedades diante do diagnóstico da doença. Considera-se a confiança como o fator mais importante no relacionamento do enfermeiro com o cliente,

---

<sup>2</sup> Relação Proxêmica: é a relação da distância entre as pessoas envolvidas no processo de comunicação.

portanto o cliente precisa acreditar que a equipe de enfermagem fará o que for necessário para prestar a melhor assistência de enfermagem (AYOB, 2000).

Percebemos que devido ao estado de alteração emocional e de dependência, o cliente idoso espera da equipe de enfermagem um cuidado que atenda todas as suas necessidades. Nessa perspectiva enfatizamos a importância do conhecimento que o enfermeiro deve possuir não apenas sobre o ato cirúrgico, mas também, sobre as mudanças das rotinas que envolvem o próprio idoso, separando-o da família, expondo-o ao ambiente e a pessoas desconhecidas, além do próprio processo natural do envelhecimento, facilitando a identificação das necessidades básicas afetadas.

O reconhecimento dos sinais de comunicação não verbais dependerá da habilidade de interpretação do enfermeiro durante os cuidados prestados ao cliente idoso, a limitação física, assim como problemas visuais e auditivos podem dificultar e diminuir a compreensão da comunicação. O ruído externo do ambiente hospitalar também é um fator que dificulta o processo de comunicação enfermeiro/cliente idoso, tornando a hospitalização um período estressante.

A pessoa idosa é considerada um indivíduo submetido à forma mais severa de estresse gerado pela ameaça da doença e da cirurgia que pode causar a sua incapacidade, morte e mutilação de uma parte do corpo. Por isso, entendemos ser de responsabilidade da equipe de enfermagem que atua no Centro Cirúrgico a recepção do cliente no setor e que essa recepção deve ser personalizada, respeitando sempre suas individualidades. O enfermeiro deve ser atencioso, educado e compreensivo, buscando sempre entender e considerar as condições do cliente. (FIGUEIREDO, 2002)

Nas últimas décadas o aumento significativo das doenças crônico-degenerativas e que, dentre todas elas, sem dúvida, o câncer é considerado uma das que mais vem

assustando a Humanidade nos últimos tempos. Os indivíduos têm reagido com medo, angústia e desespero quando recebem o diagnóstico de câncer. Diante deste contexto quando o indivíduo é diagnosticado como portador de câncer na região da cabeça e pescoço, além do impacto da doença, o medo da dor, do sofrimento e da morte, ele também teme a perda da auto-imagem e da comunicação verbal pela rejeição da família e da sociedade.

De acordo com a estimativa do INCA (2008) são esperados 466.730 novos casos de câncer, 231.860 para o sexo masculino e 234.870 para o sexo feminino.

Diante da realidade epidemiológica sobre o câncer, os tumores da cabeça e pescoço possuem comportamento biológico agressivo e seu desenvolvimento é inerente a sua área, ou seja, locorregional, afetando as necessidades fisiológicas básicas da respiração, alimentação e comunicação (CASCIATO, 1997).

Os clientes com câncer na cabeça e pescoço que procuram o serviço público especializado, geralmente são pessoas muito humildes e, por vezes, o tumor encontra-se em estágio avançado. Em virtude disso, a cirurgia consiste em ressecções de alta gravidade, causando-lhe mutilações com certo grau de depressão, principalmente quando submetidos a traqueostomia, procedimento que é realizado para garantir uma via aérea permeável, facilitando a remoção da secreção traqueobrônquica. (AIVES, 2003).

Meeker e Rothorck (1997) referem que os pacientes portadores de câncer na cabeça e pescoço, que procuram o serviço público de saúde, estão na faixa etária acima de 50 anos de idade, possuem situação sócio-econômica precária, história de tabagismo ativo, ingestão de álcool, apresentam higiene corporal e oral precária e demonstram com medo e irritação a tentativa de se adaptar a alteração ao novo estilo de vida.

Na comunicação existem alguns fatores que podem interferir na percepção do enfermeiro durante a sua interação com o cliente idoso traqueostomizado, fatores que devem ser observados: as emoções e expectativas do cliente em ser portador da traqueostomia; as experiências anteriores de hospitalização com possível trauma cirúrgico. Qualquer limitação ou prejuízo na capacidade de comunicação pode comprometer a possibilidade de participação integral nas relações interpessoais, facultando ao cliente idoso a descrença, o isolamento social, e a perda da sua auto-estima.

O processo de comunicação é básico em toda prática de enfermagem, portanto, não pode ser vista apenas como um processo de transmissão de informação, mas sim da possibilidade da interação entre as pessoas. A capacidade e o conhecimento dos meios de comunicação são essenciais ao enfermeiro que trabalha com clientes traqueostomizados, uma vez que a sua capacidade de interação está diretamente relacionada com a efetividade de suas habilidades na comunicação.

Consideramos que a comunicação adequada e efetiva é aquela que tenta diminuir os conflitos, os mal-entendidos para atingir objetivos definidos a partir dos problemas detectados na interação entre enfermeiro/cliente idoso. Ainda referindo-se a comunicação, Stefanelli (1993) completa esse pensamento referindo-se que é por meio do relacionamento efetivo com o cliente que o enfermeiro oferece conforto e desperta o sentimento e a auto-estima.

Temos observado que a ameaça à integridade física causada pelo procedimento anestésico-cirúrgico, em particular a traqueostomia, pode ocasionar a desestruturação comportamental nos hábitos de vida, na percepção da auto-estima, na comunicabilidade, pois se sabe que a cirurgia é caracterizada por um estado de desconforto envolvendo

perda ou ameaça da identidade e da integridade do indivíduo, contribuindo com possíveis alterações para o seu futuro.

Diante dessa realidade, consideramos imperativo que a qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao cliente idoso, impossibilitado de se comunicar verbalmente, deve estar voltado para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, devendo distinguir e conhecer o significado das mensagens enviadas pelo cliente. Acreditamos que o relacionamento interpessoal efetuado pela comunicação em seus diversos métodos pode construir uma relação de proximidade, permitindo esclarecer dúvidas, inquietações e o próprio confronto diante do procedimento cirúrgico realizado.

Em razão dessas considerações, e mediante a experiência vivenciada na relação enfermeiro/cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência, buscamos fundamentação teórica na Teoria do Relacionamento Interpessoal de Joyce Travelbee (1979) que se baseia nos pressupostos relativos a capacidade dos indivíduos de enfrentar estresse por um período prolongado, sugerindo a idéia de que o sofrimento é uma experiência que será vivida em algum momento da vida, e que o enfermeiro é o profissional indicado para proporcionar ajuda e esclarecimento quando o estresse está relacionado ao processo saúde-doença.

Nesse contexto a aplicação dessa teoria no atendimento aos idosos está também baseada nas dificuldades que os indivíduos dessa faixa etária manifestam no relacionamento interpessoal com outras pessoas. Tenta-se descobrir estratégias, para facilitar o relacionamento com vistas ao diagnóstico, atenção e cuidado de enfermagem específico das necessidades do cliente idoso oncológico traqueostomizado. No que diz respeito a comunicação buscamos o suporte de outras literaturas complementares como Stefanelli (1993) e Silva (1996) para sustentar a pesquisa.

Dessa forma, direcionamos o **objeto de estudo** para as estratégias de comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência.

A reflexão sobre o processo de comunicação no relacionamento interpessoal com o cliente submetido a traqueostomia de urgência no pós-operatório imediato nos motivou a desenvolver esta pesquisa propondo responder as seguintes **questões norteadoras**, que nos levam a delinear os objetivos:

- Como ocorrem as comunicações no relacionamento interpessoal do enfermeiro com cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência nas primeiras 24 horas de pós-operatório?
- Quais as estratégias de comunicação que facilitarão a interação com o cliente idoso impossibilitado de se comunicar verbalmente?
- Como os enfermeiros envolvidos na assistência perioperatória poderiam minimizar o impacto da realização da traqueostomia de urgência no cliente idoso?

### **1.3 Objetivos:**

#### **Objetivo geral:**

- ✓ Investigar a partir do discurso dos enfermeiros qual o conhecimento e a prática desenvolvida diante do processo de comunicação no relacionamento com o cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência.

**Objetivo específico:**

- ✓ Identificar quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para facilitar no processo de comunicação e no relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado no período do pós-operatório imediato.
- ✓ Analisar como essas estratégias facilitam a comunicação e a interação entre enfermeiro/cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência.

A proposta deste estudo é oferecer subsídios para facilitar a construção de estratégias que possam sustentar uma assistência qualificada e direcionada ao cliente idoso oncológico traqueostomizado, para atender suas necessidades, desencadeando reflexões acerca do processo de comunicação e do relacionamento interpessoal, tendo em vista minimizar os efeitos da hospitalização e do trauma cirúrgico.

**1.4 Relevância do estudo:**

Este estudo resulta da necessidade de discutir o processo de comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Por considerarmos que este é o período mais angustiante, pois o idoso está vivenciando com ansiedade e medo o processo de hospitalização, intensificado pela incapacidade de se comunicar verbalmente com o meio ambiente.

O desenvolvimento do estudo visa contribuir com ações na prática do processo de comunicação no relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência, assim como, identificar as

estratégias que facilitam o relacionamento interpessoal durante a prática de cuidar em enfermagem, conforme recomenda a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política foi criada pelo Ministério da Saúde, visa priorizar o atendimento com qualidade e a participação integral dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). (MS, 2004) Esta política refere-se ao tratamento do espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relação interpessoais, proporcionando atenção acolhedora humana.

A humanização no atendimento hospitalar é hoje uma política, deve estar presente nos diversos níveis de atenção a saúde. O atendimento da população de idosos torna-se muito mais complexo em razão dos mesmos encontrarem-se emocionalmente e psicologicamente abalado com a descoberta da existência da doença, o câncer.

Neste momento cabe também ao enfermeiro acolher a família e o cliente idoso traqueostomizado de maneira integral e humanizada, proporcionando um ambiente agradável diminuindo ou evitando o desequilíbrio das necessidades básicas.

Este estudo encontra-se também em consonância com os Padrões de Acreditação Hospitalar<sup>3</sup> na função de cuidado ao paciente que versa sobre: políticas e procedimentos que orientam o cuidado aos pacientes vulneráveis, tais como idosos e crianças. A Acreditação Hospitalar é um processo que avalia as instituições de saúde para determinar se estão atendendo os requisitos para a melhoria da qualidade da assistência, que inclui planejar a assistência direcionada ao cliente idoso, monitorar o atendimento das necessidades do idoso, modificar o cuidado quando necessário e planejar o

---

<sup>3</sup> Acreditação Hospitalar: Processo que avalia as instituições de saúde atendendo aos requisitos da qualidade da assistência. (CBA: UERJ, 2003).

acompanhamento. Tais ações são consideradas estratégias para que as atividades de enfermagem sejam executadas com segurança.

A escassez de estudos na área de enfermagem abordando o cliente idoso oncológico traqueostomizado, foi algo que nos levou a desenvolver este estudo, considerando a possibilidade de contribuir não apenas para a enfermagem, mais para outros profissionais na área da saúde que cuidam de clientes impossibilitados de se comunicar verbalmente, assim como possibilitar uma aproximação do INCA, no que se refere às necessidades dos clientes com câncer, assegurando a sua competência enquanto instituição de prevenção e tratamento do câncer.

Para podermos embasar este estudo, dentro dos princípios que norteiam esta temática, realizamos levantamentos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS – BIREME); nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências e Saúde) e BDENF (Base de Dados em Enfermagem); dos trabalhos publicados no período com o recorte temporal de 1997 a 2007, que versasse acerca da temática em questão, utilizando como palavras chave os descritores da comunicação; relacionamento interpessoal, idoso, traqueostomia e cuidado de enfermagem.

Foram encontrados vários artigos, porém, nenhum especificamente direcionado a assistência de enfermagem ao cliente oncológico submetido a traqueostomia de urgência, fato que justifica a realização do presente estudo.

---

BUSCANDO A FUNDAMENTAÇÃO  
TEÓRICA PARA ESTUDO

---

## **2. BUSCANDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA O ESTUDO**

### **2.1 A Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee**

Com o desafio de investigar os meios de comunicação que favoreçam o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente oncológico submetido a traqueostomia de urgência no período pós-operatório imediato e a partir da observação da prática do cuidado aos clientes submetidos a traqueostomia, optamos por um referencial teórico que focalizasse o relacionamento interpessoal como um processo interativo no cuidado enfermeiro/cliente.

Encontramos na teoria de Joyce Travelbee (1979), que, de acordo com a própria autora, a enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal terapêutico, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com um objetivo comum. Além de a comunicação constituir um fundamento cultural do ser humano, é também uma necessidade básica, sem a qual o relacionamento humano seria impossível. O processo de comunicação esta presente em todas as etapas de nossas vidas, precedendo como elemento essencial para as interações entre duas pessoas, transmitindo idéias, sentimentos, ensinamentos e outros.

Joyce Travelbee foi uma enfermeira psiquiátrica, educadora e escritora, nascida em 1926 e falecida em 1973. Apesar da sua vida curta, a sua contribuição para a enfermagem foi um grande destaque. Obteve o título de enfermeira em 1946, na University of New Orleans (USA), e em 1952, iniciou a sua carreira como educadora na

enfermagem, e em 1959, recebeu o título de mestre em Enfermagem pela Louisiana State University. (MEILEIS, 1997)

Travelbee começou a publicar artigos sobre a enfermagem em 1960. Em 1966, publicou o seu primeiro livro denominado “Interpersonal Aspects of Nursing”, que foi reeditado no ano de 1971, em que discute o relacionamento interpessoal. No ano de 1969, publicou o segundo livro em Espanhol que recebeu o nome de “Intervencion en Enfermaria Psiquiátrica”. Em 1973, começou a fazer o programa de doutorado na Flórida, mas não conseguiu terminá-lo, pois morreu prematuramente neste mesmo ano. (MEILEIS,1997)

De acordo com relatos de Waidman (2006), Joyce Travelbee teve uma influência do catolicismo e isto resultou numa valorização do cuidado espiritual do paciente sob os cuidados da enfermeira. Referindo-se ao relacionamento interpessoal, foi muito influenciada por Jean Orlando que foi sua orientadora no programa do mestrado.

A enfermagem é referida por Joyce Travelbee (1979) como terapêutica por ser uma arte curativa, ajudando o indivíduo doente ou necessitado de atendimento de saúde, pois é um processo interpessoal, envolvendo duas ou mais pessoas para alcançar uma meta comum.

A partir do momento que a enfermeira entra em contato com o paciente e identifica o problema, inicia-se um relacionamento com o indivíduo, respeitando sempre a sua individualidade, pois cada indivíduo pode ser visto como uma pessoa biopsíquico-social e espiritual única, que reagirá de formas diferentes na interação com a enfermeira.

O enfermeiro possui conhecimento científico para saber administrar os conflitos que surgem na relação, permitindo a compreensão do seu papel no relacionamento

terapêutico com o paciente. A partir do conhecimento do problema e do objetivo a ser alcançado, o paciente e a enfermeira interagem compartilhando e colaborando para a resolução do problema. A cada encontro com o paciente, a enfermeira torna-se mais forte e competente, influenciando no seu desenvolvimento pessoal e profissional, a medida que ocorre a interação com o paciente na tentativa de resolver os problemas, a sua prática de enfermagem vai se tornando mais eficiente

Travelbee (1979) afirma ser a relação interpessoal terapêutica um processo de troca de comprometimento, ressaltando ser o enfermeiro o responsável por ajudar o paciente a encontrar a sua própria cura. A autora divide o relacionamento terapêutico enfermeiro/paciente em quatro fases:

**1ª Fase: Fase pré-interação:** É a fase em que o enfermeiro começa a vinculação com o paciente, tentando compreendê-lo, colhendo dados através de observação não participante e participante, simultaneamente;

**2ª Fase: Fase inicial:** A fase inicial de orientação significa o primeiro encontro entre o enfermeiro e o paciente, ambos são desconhecidos, é a fase de recepção e apresentação. Por isso, é importante que a enfermeira, o paciente e a família estejam envolvidos no cuidado, analisando a situação, de modo que, juntos possam reconhecer, esclarecer e definir o problema existente.

**3ª Fase: Fase de Identidade:** É a fase em que provavelmente se inicia a interação, onde a enfermeira e o paciente se conhecem cada vez mais, identificam os problemas e estabelecem uma meta. Nesta fase a enfermeira encontra-se menos angustiada com a situação, pois se estabelece uma relação de segurança e confiança entre as partes envolvidas.

Posteriormente a identificação do problema, ou seja, após o esclarecimento da situação em questão, a ansiedade e o medo tendem a diminuir. A enfermeira pode trabalhar com a família e o paciente e, de acordo com o problema, pode encaminhar a família para outros profissionais, por exemplo, à psicologia, o serviço social, dentre outros. As atitudes do paciente e da enfermeira é que vão nortear a forma de receber ajuda. Neste momento inicial é necessário estar atento às reações do paciente diante da interação interpessoal.

É nesta fase de identificação que, normalmente, o paciente reage às pessoas que querem ajudá-lo. Durante esta fase o enfermeiro e o paciente necessitam esclarecer as suas percepções e expectativas durante o processo interpessoal, pois o paciente está reagindo a quem o está assistindo, ou seja, construir uma relação forte para identificação do problema e a tomada de decisão quanto ao cuidado de enfermagem adequado.

**4ª Fase: Fase do término:** É a fase em que o paciente se sente integrado no ambiente provedor dos cuidados. Porém, nesta fase o paciente pode fazer mais exigências ou utilizar outras técnicas para chamar a atenção do enfermeiro, dependendo da sua necessidade individual. A enfermeira deve encorajar o paciente no sentido que ele reconheça a situação em que se encontra, proporcionando um ambiente seguro e um apoio emocional, se necessário.

O enfermeiro deve ter plena consciência dos meios de comunicação para esclarecer e interpretar o que o paciente deseja realmente saber ou fazer, dessa maneira o paciente será orientado a explorar todos os caminhos para uma satisfação do cuidado.

É a fase do fim do processo terapêutico, é a solução do problema, onde o paciente e a enfermeira após um relacionamento interpessoal terapêutico conseguem o

propósito de alcançar e solucionar as necessidades afetadas do paciente. Nesta etapa surgem sentimentos como de gratidão, independência ou indiferença.

Diante do exposto, entendemos que a assistência de enfermagem prestada envolve todas as fases do relacionamento interpessoal descrita por Travelbee (1979). O cliente idoso ao chegar no pós-operatório imediato seja na RPA ou UI da CP, o enfermeiro inicia a sua interação com o cliente, principalmente após ser submetido a uma cirurgia de urgência, pois em se tratando de cirurgia de urgência ou emergência pode ficar caracterizado como risco de vida para o cliente. Assim que o cliente impossibilitado de se comunicar verbalmente adentra nestes setores o enfermeiro inicia a fase de conhecimento do cliente, tentando estabelecer uma comunicação interpessoal efetiva através de estratégias para facilitar a sua interação com o cliente idoso traqueostomizado.

Após estabelecer a comunicação efetiva e a interação com o cliente, a enfermeira identifica as necessidades básicas afetadas e estabelece metas a serem cumpridas durante a hospitalização.

Na última fase do processo a enfermeira já estabeleceu a melhor estratégia de comunicação, que facilita no relacionamento terapêutico com o cliente idoso traqueostomizado, além da satisfação das necessidades do mesmo, bem como, os sentimentos de satisfação e confiança entre ambas as partes envolvidas no processo de interação, proporcionando um ambiente seguro e confiante.

A partir daí, percebemos a importância e a eficácia do conhecimento do enfermeiro sobre o processo de comunicação no relacionamento interpessoal, proporcionando uma visualização da problemática dos clientes idosos oncológicos submetidos a traqueostomia de urgência, impossibilitados de se comunicar verbalmente.

## 2.2 O Processo de comunicação

A comunicação é um processo fundamental para o relacionamento humano e é através deste processo de interação do enfermeiro com o cliente idoso cirúrgico oncológico da cabeça e pescoço, mensagens, sentimentos e emoções são compartilhadas.

A enfermeira utiliza a comunicação para desempenhar diariamente as suas atividades, seja na sua prática assistencial com o cliente, com a equipe multiprofissional ou no atendimento ao idoso oncológico e ao familiar, se necessário.

Para melhor desenvolver a comunicação é preciso conhecer os componentes desse processo, que são o emissor ou remetente (aquele que emite a mensagem), o receptor (aquele que recebe a mensagem) e a mensagem propriamente dita (que é a informação ou emoção transmitida do emissor para o receptor). A mensagem é a informação enviada que para ser efetiva é necessário que seja clara e organizada para que o receptor possa codificá-la, podendo ser composta por informações verbais e não verbais. (POTTER & PERRY, 2002)

Stefanelli (1993) considera a comunicação como um ato de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como elas ocorrem exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas.

Para Atkinson & Murray (1989) a comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar, atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades e despertar nos pacientes a confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

Portanto a comunicação pode ser realizada de forma verbal quando a linguagem oral ou escrita, se dá por meio de palavras, e a não-verbal, quando a troca de mensagem não é expressa por palavras se faz através de gestos, expressões faciais e movimentos com o corpo. Existe também a comunicação paraverbal, que significa comunicar-se pelo tom da voz, ritmo e períodos de silêncio.

Silva (1996) diz que na comunicação verbal ocorre um processo de exteriorização do ser social, enquanto que na comunicação não-verbal o observável é a exteriorização do ser psicológico. Os enfermeiros comprometidos com as pessoas devem desenvolver capacidade de analisar o seu padrão habitual de comunicação e a forma como recebem as mensagens dos demais.

O grande sucesso do relacionamento interpessoal, da enfermeira com o paciente, está relacionado ao conhecimento não só da forma verbal de comunicação, mas, principalmente, das formas não-verbais. Para a enfermeira a comunicação terapêutica consiste em utilizar as suas habilidades e conhecimentos com o objetivo de provocar mudanças, aceitar o que não pode ser mudado e a enfrentar os seus problemas.

Daniel (1983, p.65) refere que:  
“a importância da comunicabilidade assume maiores proporções quando se leva em conta que o escopo deste saber lidar com gente, é contribuir para preservação e restauração da saúde, e é ter o devido respeito à vida na promoção de ações necessárias para mantê-la”.

A comunicação terapêutica permitirá ao enfermeiro compartilhar os pensamentos, medos, sentimentos e conhecimentos relacionados à doença, assim como, verificar o nível de ansiedade e estresse em que o cliente se encontra. (MEDINA, 2002)

O paciente idoso cirúrgico ao ficar internado em uma unidade hospitalar torna-se uma pessoa assustada devido ao ambiente desconhecido, começando a imaginar

determinadas situações e através do seu instinto natural inicia a sua própria defesa contra o estresse emocional da hospitalização. A enfermeira deve estar atenta a qualquer mecanismo de comunicação que facilitará o desempenho nas relações interpessoais para vencer a dificuldade na comunicação não verbal.

Não podemos esquecer que as mensagens são interpretadas não apenas pelo conteúdo da fala, mas pelo modo como interagimos no cuidado prestado ao cliente. Através da comunicação não verbal, linguagem corporal, o toque e a expressão facial podem aumentar a interação e a afetividade.

Para que o tratamento do paciente seja eficiente é necessário colher dados através da observação precisa e de uma interação adequada com o paciente. A autora reconhece que o aprendizado da habilidade de comunicação é um processo gradual e requer atenção durante toda a vida profissional da enfermeira. (STEFANELLI, 1981)

Considerando que a comunicação é um processo contínuo entre enfermeira e cliente, é correto afirmar, que as necessidades do cliente idoso podem ser resolvidas a partir de uma comunicação terapêutica, por permitir que cada período de interação enfermeiro/cliente idoso seja um momento terapêutico, auxiliando não só o cliente, mais o próprio enfermeiro na identificação das necessidades básicas afetadas.

Sobre esse aspecto, Barbosa (2003) considera a comunicação um processo de troca de mensagens que permite a percepção do mundo e a relação interpessoal, concluindo que a comunicação efetiva é um fator de humanização à medida que contribuí para a qualidade das interações humanas, facilitando a satisfação das necessidades do cliente.

Bordenave (1995) relata que a comunicação é um processo de transmitir e receber mensagens, por meios de signos, símbolos e sinais. Os *signos* são estímulos que

transmitem uma mensagem, qualquer coisa que faça referência a outra coisa ou idéia; *símbolos* são signos que tem uma única decodificação possível; e *sinais* são signos que tem mais de um significado.

No processo de comunicação destacam-se meios de comunicação verbal e não verbal, a comunicação verbal refere-se à linguagem escrita ou falada e consiste na linguagem expressa onde as idéias e experiências são compartilhadas com outras pessoas. A comunicação escrita é um registro que representa um pensamento mais elaborado capaz de produzir uma resposta e é através dela que podemos relatar e trocar informações sobre alguma situação ou problema.

O prontuário de um paciente é considerado como uma forma de comunicação escrita, onde relatos dos profissionais de saúde são registrados, possibilitando o cuidado contínuo do cliente. Para que haja uma comunicação escrita adequada é necessário que o registro seja objetivo, completo e compreensível por todos da equipe multidisciplinar. Quando estabelecemos uma interação verbal com o paciente, estaremos transmitindo, clarificando um fato ou validando alguma informação. (SILVA, 1996)

A seguir, Silva (1996) descreve algumas técnicas de comunicação verbal que podem auxiliar na expressão, clarificação e validação:

- a) Expressão: *Permanecer em silêncio* – tentar ouvir o que o outro tem a dizer, é bom lembrar que, para conseguir ouvir os outros, precisamos controlar nossos sentimentos e preconceitos; *Verbalização da aceitação* – dar indicação de estar prestando atenção no que o outro está falando, “eu entendo”; *Repetir as últimas palavras ditas pela pessoa*; *Ouvir reflexivamente* – estimular o outro a continuar falando, balançar a cabeça,

mostrar interesse sobre o assunto; *Verbalizar interesse* – usar expressão como “que interessante, continue” para demonstrar atenção.

- b) Clarificação: *Estimular comparações* – ajudar o paciente a se expressar, tentando identificar o real significado da palavra; *Devolver as perguntas feitas* – ajudá-lo a desenvolver um raciocínio sobre o assunto e entender melhor a sua necessidade afetada, “Na sua opinião, o que o senhor acha...”; Solicitar esclarecimento de termos comuns e de dúvidas – o que o senhor quer dizer com “gastura? Dente de cisne?”
- c) Validação: Repetir a mensagem dita – “Lembremos, então, que...”, “só para reforçar...”, combinamos que...”; Pedir a pessoa para repetir o que foi dito – “Como foi mesmo o que combinamos?”

A comunicação não-verbal resgata a capacidade do profissional de saúde perceber com maior precisão os sentimentos dos pacientes, suas dúvidas e dificuldades de verbalização da mensagem. É a interação ocorrida pessoa-pessoa, podendo também ser definida como toda a informação obtida por meios de gestos, posturas, expressões faciais e pela relação da distância dos envolvidos na comunicação.

De acordo com Silva (1996), os sinais não verbais são caracterizados como tudo aquilo que pode ter significado para o emissor ou receptor, exceto as palavras por elas mesmas.

A paralinguagem é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada; os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, atitudes, podem ser identificados por grunhidos e pela entonação de voz.

O principal objetivo da comunicação não verbal é a demonstração dos sentimentos dos indivíduos, utilizando especialmente a expressão facial e a linguagem

paraverbal ou paralinguística. Quando falamos, transmitimos uma informação, mas é a comunicação paraverbal que traduz as emoções nas informações.

Ainda que a emoção da fala dependa do paraverbal, é importante destacar que o indivíduo que emite e o que recebe a mensagem podem variar a capacidade de manifestar os seus sentimentos.

A linguagem do corpo chama-se cinésia, ou seja, são os movimentos, gestos manuais, movimentos com os ombros e cabeça. Silva (1996) cita em sua obra os relatos de Birdwhistell (1970), apontando que os sinais do corpo são como uma base de estruturação semelhante à usada para compreensão da fala humana. Alguns pressupostos são básicos para a compreensão da cinésia, o movimento e a expressão facial, a postura corporal todos são culturalmente determinados. Normalmente é pela cultura que podemos identificar algumas mensagens; a atividade corporal influencia o comportamento de outros indivíduos, a atividade corporal encerra os significados socialmente reconhecidos e válidos, os sinais identificados pela pessoa são captados pelo grupo.

Alguns sinais, gestos ou expressões corporais possuem significados próprios caracterizando a comunicação não verbal, os gestos emblemáticos são chamados de gestos simbólicos, utilizados na nossa cultura tais como, bater o pé (significa impaciência), roer unhas (indica ansiedade ou medo), bater palmas rapidamente (significa aprovação), enquanto que palmas lentas (significam desaprovação de alguma situação). (NOGUEIRA, 2000)

Os gestos ilustradores são gestos aprendidos por imitação, que acompanham a fala no narrador, o indivíduo fala e representa com as mãos. As manifestações afetivas são expressões faciais que remetem ao seu estado emocional, como a alegria, a tristeza,

raiva e medo. As pessoas são capazes de expressarem os seus sentimentos que são facilmente identificáveis por outras pessoas.

Usamos um gesto adaptador para compensar os sentimentos de insegurança, na maioria das vezes isto ocorre quando estamos ansiosos ou tensos diante de alguém ou alguma coisa, mexer no cabelo, roer as unhas são gestos adaptadores utilizados em algumas situações.

De acordo com Silva (1996), o rosto é uma parte do corpo da qual as pessoas têm maior consciência e tentam controlar a expressão facial mais freqüentemente. A expressão facial do olhar não é controlável, durante uma entrevista com o cliente antes do procedimento cirúrgico, devemos coletar os dados sempre conversando e olhando nos seus olhos para estabelecermos um relacionamento terapêutico. Caso o cliente deixe de olhar para o examinador é necessário rever as técnicas de comunicação terapêutica para estimular o cliente a participar na interação enfermeiro/cliente.

A função da comunicação reforça a interação nas relações interpessoais: A comunicação não-verbal complementa e reitera o que foi dito verbalmente; Sorrir após uma frase agradável, utilizar gestos para confirmar a mensagem é sinal de que a comunicação foi terapêutica; Exercer a função de substituição da comunicação verbal, significa fazer qualquer sinal não verbal para substituir as palavras, por exemplo, fazer um sinal de positivo com o dedo polegar. Contradizer o verbal também é uma forma de desmentir o que foi dito verbalmente e, por último, a comunicação não verbal pode demonstrar sentimentos, tais como, qualquer emoção demonstrada através da expressão facial, rubor facial indicando vergonha, abertura dos olhos significando espanto ou surpresa. (SILVA, 1996)

Alguns fatores podem interferir na percepção da comunicação diminuindo à interação da enfermeira com o paciente, por isso, é necessário que ocorra um dinamismo na transmissão de mensagens aumentando a capacidade de decodificar a comunicação não verbal.

Destacamos através dos conceitos citados por Silva (1996), alguns fatores que interferem na percepção do enfermeiro durante o processo de comunicação não verbal dos quais destacamos:

- Emoções e expectativas → a decodificação da mensagem depende do “estado emocional”, quando estamos “alegres” a interpretação das mensagens é codificada mais facilmente e quando estamos “tristes” a comunicação será interpretada com mais dificuldade.
- Estereótipos e experiências anteriores → são fatores que limitam e influenciam nas nossas idéias e sentimentos, diminuindo a capacidade da percepção.
- Reconhecimento dos sinais → a interação dependerá da capacidade de compreender os sinais não verbais.
- Conhecimento prévio do emissor → quanto mais tempo exposto ao estímulo, melhor será a nossa capacidade de percepção.
- Limitação física → a ausência da integridade de alguns órgãos dos sentidos como visão, audição e olfato limita a compreensão da comunicação não verbal, o mesmo também acontece quando estamos cansados ou com dor, tornando a comunicação deficitária.

- Ruídos → são as interferências externas que ocorrem no momento do relacionamento e da interação.

No decorrer de algumas leituras à luz das teorias sobre comunicação, Capovilla (1998) descreve alguns sistemas alternativos e facilitadores da comunicação, que incluem a sinalização manual, gestos, mímicas, desenhos ou símbolos, meios indicados para substituir a comunicação verbal ou escritos.

A comunicação e o relacionamento interpessoal são meios que o enfermeiro pode utilizar para prestar, com mais eficiência, o cuidado de enfermagem integral, visto que a capacidade de estabelecer um relacionamento e de se comunicar é tão importante quanto à capacidade de desenvolver técnicas.

Para Stefanelli (1993) a comunicação deve ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas e provocam mudanças no ambiente em que a comunicação é efetivada.

O relacionamento enfermeiro/paciente não ocorre independentemente, de modo imprevisível, segundo Rodrigues (1993), o encontro pode ocorrer em qualquer local e a todo o momento, pode durar alguns segundos ou prosseguir através das interações subseqüentes, estando a ajuda ao paciente centrada no atendimento das necessidades afetadas.

Embora saibamos que a comunicação é um fator importante para estabelecer a interação afetiva, não podemos esquecer que em situação de doença de um membro da família, principalmente com o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, o importante é

que todos sejam de alguma forma participantes no processo de cuidar, pois o câncer de cabeça e pescoço afeta as principais necessidades fisiológicas da pessoa.

### **2.3 O Câncer de Cabeça e Pescoço**

O câncer constitui um problema de saúde pública no Brasil, pois atinge a todas as camadas sociais e, na maioria dos casos, é diagnosticado em estágio avançado da doença, momento em que os recursos terapêuticos muitas vezes funcionam como paliativos.

Os tumores malignos nas vias aerodigestivas superiores são considerados como câncer de cabeça e pescoço, nelas estão incluídas as glândulas salivares, tiróides, paratiróide, espaço parafaríngeo, órbita, seios paranasais, além de algumas estruturas neurovasculares da região da cabeça e pescoço. (KOWALSKI, 2000)

A especialidade de cabeça e pescoço é descrita na literatura desde antiguidade, através de relatos de Celsus, no Século I, que ressecou uma ferida no lábio. Entretanto, apenas no século XI, foram ampliadas as ressecções labiais. Naquela época a traqueostomia era realizada para as obstruções respiratórias. O câncer de cabeça e pescoço representa em média 5% de todos os tipos de câncer no Brasil, e dependendo do estágio da doença no tratamento, a mortalidade em cinco anos pode chegar a mais de 50%. (INCA/MS 2006)

Estudos epidemiológicos mostram que o câncer de cabeça e pescoço ocorre com maior frequência em homens com mais de 50 anos de idade e os maiores fatores de risco

são o etilismo (consumo de álcool), tabagismo (comportamento de fumar), higiene oral precária e próteses dentárias mal adaptadas.

Os tumores de cabeça e pescoço possuem características biologicamente agressivas e devido ao desenvolvimento locorregional, afetam as necessidades fisiológicas básicas da respiração e alimentação. (CASCIATO, 1997)

O tratamento para o câncer de cabeça e pescoço é de caráter multidisciplinar e, na maioria dos casos, a cirurgia propriamente dita, os esvaziamentos cervicais e a traqueostomia, causam impacto ao paciente diante da imagem corporal e expectativa do futuro. A quimioterapia é um tratamento que também pode ser usado em lesões irreversíveis na região da cabeça e pescoço, pacientes com alto risco cirúrgico e recidiva da doença, sendo geralmente associada à radioterapia. Os cuidados de enfermagem envolvem a identificação dos efeitos colaterais do tratamento, como: náuseas, vômitos, mucosite, dentre outros. (CUTRHIGHT, 1997)

A radioterapia é utilizada como base para o tratamento de tumores avançados, seus efeitos são localizados no campo de tratamento, a dose e os métodos de emissão são fatores individualizados. As reações mais comuns da radioterapia são a mucosite, xerostomia, alteração do paladar, edema de laringe (CUTRHIGHT (1997) e BARACAT, (2000)). Por isso, os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para a avaliação da integridade cutânea, o estado nutricional e padrão respiratório e, por isso, orientações específicas da enfermagem devem ser realizadas a cada paciente.

A avaliação da odontologia é importante para identificar o estado da arcada dentária para evitar a necrose nos dentes, e também para planejar prótese, se for necessária após a cirurgia. O acompanhamento psicológico também é fundamental para ajudar o próprio paciente e a família a lidar com o estado da doença e, principalmente,

inserir o paciente com câncer, na região da cabeça e pescoço, na sociedade, na família e profissionalmente.

O serviço de nutrição também é importante quanto às orientações sobre o tipo de alimentação que deverá ser administrada ao paciente assim como o cuidado com a sonda nasoenteral que muitas das vezes é inserida logo após a realização da traqueostomia.

O suporte da Clínica da Dor deverá estar sempre disponível para auxiliar o cliente na dor crônica ou aguda, amenizando o seu sofrimento, assim como a fisioterapia, pois também possui um papel importante para a realização do trabalho de reabilitação vocal.

Para o tratamento do câncer na região da cabeça e pescoço a cirurgia é o primeiro tratamento realizado e tem as seguintes finalidades: Diagnóstica - através da biopsia, onde se coleta o material para exame histológico; para estadiamento do tumor consistindo em: mediastinoscopia, laparoscopia, toracotomia e laparotomia; Curativa - consiste na retirada total do tumor, com ressecção ampliada e mais linfadenectomia, se necessário; Paliativa - definida com o intuito de aumentar e melhorar a qualidade da sobrevida do paciente; Preventiva - possui a finalidade de facilitar os procedimentos invasivos, como: colocação de cateter venoso central de longa permanência (CVC/LP), semi-implantado ou totalmente implantado, para realizar as quimioterapias. (INCA/MS, 1995)

O cliente submetido à remoção do câncer na região de cabeça e pescoço apresenta, após a cirurgia, mutilações significativas como perda da voz, presença da traqueostomia, alguns tumores que podem ficar exposto, causando impacto na sua imagem, além de outras conseqüências na vida social.

O câncer é um problema sério de saúde em qualquer idade, principalmente quando a demanda é mais freqüente de idoso, pois pode implicar em tratamentos mais longos, associados às alterações normais em decorrência do processo natural do envelhecimento.

#### **2.4 Processo de envelhecimento natural do idoso**

Entendemos que para estudarmos o cliente idoso se faz necessário compreender as alterações do envelhecimento como um processo natural do ser humano.

O envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte (PAPALEO NETTO, 1996). Essas alterações são comuns no processo de envelhecimento natural e acabam por limitar as funções orgânicas e, como conseqüência, há uma queda nas respostas fisiológicas do idoso, produzindo assim, uma série de patologias, denominadas na literatura de senilidade, patogenia ou ainda envelhecimento secundário.

Do ponto de vista de Meeker (1997), no processo de envelhecimento existe uma diminuição das funções orgânicas, alteração da resposta a dor e a temperatura, alterações na absorção de algumas medicações e os sinais e sintomas das doenças podem variar de uma pessoa idosa para outra. Essa compreensão das alterações normais da idade pode auxiliar o enfermeiro a estabelecer um diagnóstico de enfermagem e a implementar um plano de cuidados, para a permanência do paciente idoso no pós-operatório imediato/recuperação anestésica.

Outro aspecto importante diz respeito às alterações apresentadas pelo processo do envelhecimento como as alterações físicas, orgânicas, sensoriais e alteração de memória, sendo necessário que a enfermeira conheça essas alterações para a prestação de uma assistência adequada ao idoso no período do pós-operatório imediato.

Verificamos alterações no sistema tegumentar e vascular, que se caracterizam por alterações sensíveis como a pele seca, turgor enfraquecido e elasticidade diminuída, causando possíveis lesões e formação de equimoses, observa-se, também, o aparecimento da pele delgada (rugas) podendo causar cisalhamento. O sistema vascular possui o papel de nutrição e proteção da pele, assim como, regulação térmica do corpo, a perda do tecido subcutâneo predispõe a sensação de frio, principalmente em ambientes frios como é o centro cirúrgico e suas dependências. (MEEKER, 1997)

No sistema respiratório algumas alterações são identificáveis: os pulmões perdem a elasticidade, os músculos responsáveis pela inspiração e expiração podem estar enfraquecidos, resultando na diminuição da capacidade respiratória. Esta troca respiratória insuficiente pode deixar o idoso mais susceptível a complicações pulmonares (NAIME, 2000)

No aparelho cardiovascular, verifica-se que há uma diminuição de 35% do fluxo arterial coronariano. Em consequência a essas alterações, o idoso pode apresentar com maior facilidade um aumento da pressão arterial, reagindo mal à taquicardia, pois este requer um tempo maior de recuperação a cada batimento cardíaco. (MEEKER, 1997)

No que se refere ao sistema digestório, a secreção das glândulas salivares e digestivas diminui, o muco torna-se mais espesso e a saliva torna-se mais alcalina. Há também a diminuição da peristalse e uma redução da mobilidade gástrica, que ocorrem

devido à perda do tônus muscular, causando retardo no esvaziamento gástrico (GALAZAKA, 1998)

Com o envelhecimento a função dos nefros nos rins e o suprimento de sangue afetam negativamente o seu funcionamento. Há perda da elasticidade e do tônus dos ureteres, da bexiga e da uretra, podendo causar retenção urinária e dificuldade de micção, e como a capacidade da bexiga também diminui, os idosos apresentam uma necessidade mais freqüente e urgente de urinar. Durante o período pós-operatório o enfermeiro deve manter um relacionamento efetivo para saber reconhecer porque tantas vezes é solicitado para prestar um cuidado relacionado à necessidade fisiológica da eliminação urinária.

No sistema músculoesquelético, a perda da massa óssea altera significativamente o esqueleto do idoso, contribuindo para episódios de fraturas no quadril e das vértebras, assim como a curvatura da coluna e a inflamação das vértebras dificultam a postura e a amplitude dos movimentos, podendo haver relatos de queixas algicas devido ao posicionamento durante muito tempo no leito hospitalar.

As células do sistema nervoso são particularmente sensíveis a ausência de oxigênio, com isso o cliente idoso pode apresentar resposta inapropriada ou lenta pela diminuição da capacidade de alguns sistemas orgânicos responsáveis por enviar mensagens para o cérebro. A arterioesclerose e aterosclerose cerebral, a diminuição do fluxo sanguíneo, a insônia, irritabilidade, déficits motores e visuais e a perda da memória são comuns no período do envelhecimento. O relacionamento terapêutico enfermeiro/paciente é a forma eficaz que o profissional possui para ajudar o paciente com esse tipo de dificuldade, através de uma comunicação verbal ou não verbal efetiva.

Algumas alterações sensoriais como da visão, audição e cognição podem apresentar algum impacto na resposta ao tratamento do cliente. Devido a distúrbios visuais como a hipermetropia<sup>2</sup> e presbiopia<sup>3</sup>, comuns no paciente idoso, há um aumento da dificuldade de adaptação as modificações da luz. A transferência dos pacientes idosos da sala de cirurgia para o POI pode causar uma “cegueira” momentânea. A perda da sensibilidade auditiva é a causa mais freqüente nos pacientes geriátricos, devido à diminuição da flexibilidade do tímpano em função do espessamento do cerúmen, que contribui para a redução da audição. Freqüentemente os pacientes idosos são considerados confusos ou senis porque respondem inadequadamente as perguntas da enfermeira, dificultando o processo de comunicação e, conseqüentemente, afetando o relacionamento terapêutico.

Alterações psicológicas como os estresses fisiológicos e psicológicos, podem resultar em confusão para o paciente idoso. A avaliação do estado mental é o fator mais importante para determinar se a confusão é crônica ou aguda. A depressão ou doença de Alzheimer<sup>4</sup> pode tornar difícil a comunicação e o relacionamento entre o idoso e a enfermeira. Podemos encontrar alterações de comportamento, como a agressividade e agitação psicomotora durante o período de permanência no POI, principalmente por se tratar de um ambiente fechado e restrito a visitas, sendo a presença da família importante para determinar a capacidade de compreensão do idoso.

Devido aos períodos de agitação pode ser necessária a contenção física ou medicamentosa para garantir a segurança do paciente idoso. Algumas doenças

---

<sup>2</sup> Dificuldade de enxergar objetos próximos, devido a refração em que as imagens se formam além da retina

<sup>3</sup> Vista cansada, distúrbio visual do envelhecimento, não distingue com nitidez os objetos próximos.

<sup>4</sup> Degeneração progressiva das células do cérebro, causando incapacidade de raciocinar, compreender e dificuldade de percepção.

associadas com a arritmia cardíaca, diabetes, anemias e distúrbios hidroeletrólíticos também são causas do estado de confusão aguda encontrados, a pesquisa no prontuário ou uma interação com a família sobre algumas doenças existentes ajudará no processo de comunicação e no relacionamento do enfermeiro/paciente idoso durante o período do pós-operatório.

No período do envelhecimento, a memória, que é a área de cognição afetada inicialmente, causa transtorno para o idoso, pois ocorre a diminuição da capacidade cerebral em processar armazenar e recuperar as informações. Isso também ocorre na depressão (que consiste no estado mental caracterizado pela tristeza, distúrbio do humor, cognição e comportamento), podendo também estar associada à diminuição da capacidade de desenvolver qualquer atividade, principalmente, de comunicação e interação com a enfermeira durante o período do pós-operatório imediato.

No relacionamento terapêutico não se deve esquecer que as mensagens não são interpretadas apenas pela fala, mas também pela forma de como se comportam diante da relação enfermeiro/paciente. Desta forma podemos tornar a comunicação mais efetiva, tomando consciência da sua importância, principalmente na relação de proximidade da enfermeira com o paciente idoso.

De acordo com Aurélio (2007), a definição de memória consiste na capacidade de armazenar idéias, impressões e conhecimentos adquiridos. Pode ser dividida em três componentes: imediata, intermediária e remota. A memória imediata diz respeito a fatos recentes, próximos (horas ou poucos dias), é também denominada memória primária ou de trabalho, mantém informação temporária e possui uma capacidade limitada. A memória intermediária diz respeito a fatos de semanas e meses e a memória remota é

aquela que é denominada secundária ou operacional e se refere a fatos antigos, passados, são informações retidas ao longo do tempo.(www.drashirleydecampos.com.br)

Diante do exposto a avaliação afetiva e social também é considerado fator importante que pode afetar na comunicação e no relacionamento com o idoso. A avaliação afetiva no paciente idoso oncológico é fundamental, tendo em vista que a própria doença maligna pode conduzir a alguns sintomas depressivos, como a recusa em tentar se comunicar e interagir com a enfermeira.

O cuidado de enfermagem direcionado, durante a relação do enfermeiro com o idoso submetido a traqueostomia de emergência, pode prevenir a perda da sua auto-estima, autonomia e alguns fatores estressantes que podem surgir com o diagnóstico da doença, facilitando assim a satisfação das necessidades básicas, proporcionando o seu bem-estar durante o período de hospitalização.

## **2.5 O Cuidado de Enfermagem em Oncologia**

Na Enfermagem o cuidar do ser Humano está relacionado às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e a reabilitação, seja no hospital, no seu domicílio, nos centros de saúde, devendo o enfermeiro prestar assistência ao indivíduo, família e a comunidade, quando necessários.

O cliente portador de câncer deve ser respeitado, necessitando ser compreendido holística e multidisciplinarmente, buscando sempre uma abordagem acerca da humanização da assistência. Às vezes, podem ocorrer sentimentos de impotência diante de algumas situações, por isso, é necessária uma boa interação entre o enfermeiro/cliente/família criando assim um vínculo maior de envolvimento. (COSTA, 2003)

O cuidado humano é percebido, por Waldow (2001), como uma forma ética e estética de viver que se inicia pelo amor a natureza e passa pela apreciação do belo. Consiste no registro da dignidade humana, na sensibilidade e na ajuda para superar e aceitar o inevitável.

Tempos atrás, o cuidado significava a sobrevivência através da agricultura, vestiário e cuidados com os ferimentos. Depois de algum tempo, surgiu a comunicação, que possibilitou identificar os sentimentos e as necessidades antes não percebidas ou talvez ignoradas.

No início da prática do cuidado, era a mulher quem praticava os “cuidados”, pois esta estava sempre ligada à reprodução humana e ao cuidado com idosos, crianças e necessitados. A mulher cuidava sempre da casa, dos alimentos, do nascimento até a morte. (COLLIERE, 1989)

Ao procurarmos na evolução histórica do cuidado de enfermagem, observamos que cuidar/cuidado eram representados pela assistência de enfermagem, sempre ligado a atos físicos e técnicos, associados sempre a necessidade biofísica. Sendo assim, a percepção da complexidade e a representação do cuidado, para a enfermagem, era essencialmente técnica.

No relato de Florence Nightingale o cuidado aos doentes deveriam ser diferenciados de outras formas de cuidado realizado ao ser humano, devido ao caráter científico de desenvolver as ações de enfermagem.

De acordo com Wolff (1996), Florence Nightingale utilizou o verbo cuidar como “cuidar de outros” ou “manifestar o cuidado com interesse, compaixão por outro ser humano”, sempre dentro da cientificidade.

Watson (1988) descreve o cuidado como um foco da enfermagem, sendo um valor moral, que implica na manutenção da dignidade e na integralidade do indivíduo, dentro de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o paciente num processo humanista e inter-subjetivo, ajudando na terapêutica.

Para Machado e Figueiredo (2001) existe uma necessidade de encontrar um ponto essencial para a enfermagem como arte e ciência, pois é impossível pensar sem fazer e fazer sem pensar, seja cuidando do paciente ou ensinado o próprio cuidado, ou seja, pesquisando tudo que está relacionado a prática da enfermagem. O enfermeiro possui um desafio frente ao cuidado ao cliente, devendo sempre se preocupar com o seu bem estar, atentar para a identificação e o atendimento as suas necessidades básicas afetadas.

Assim, o cuidado, exige da equipe de enfermagem uma abordagem holística dispensada ao cliente atendido no pós-operatório imediato, principalmente após o procedimento anestésico cirúrgico de urgência.

Além do cuidado prestado ao cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer o relacionamento interpessoal com o cliente e o ambiente onde está inserido, respeitando os seus valores socioculturais, tentar minimizar os efeitos físicos e psicológicos que são causados pela hospitalização e o próprio procedimento cirúrgico em caráter de urgência.

O cuidado de enfermagem não deve ser visto de forma isolada, e sim como uma constante preocupação, responsabilidade e envolvimento com outra pessoa. O cuidado é realizado não apenas como uma intervenção técnica, mas sim de uma relação de ajuda, envolvendo respeito, compreensão e comunicação de forma efetiva. É fundamental que a

comunicação esteja condizente com a situação, pessoa, tempo e um objetivo definido. (INABA & SILVA, 2005)

Ao iniciarmos o cuidado, o enfermeiro deve sempre comunicar ao cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência os objetivos da assistência de enfermagem e que, na medida do possível, todas as suas necessidades serão atendidas.

De acordo com Wanda Horta (1979), a comunicação constitui uma necessidade básica, faz parte da pessoa humana, comum a todos os seres e encontra-se integralmente relacionada com as demais necessidades, fazendo parte de uma integração do próprio indivíduo.

Para Furegato (1999) o ato de cuidar implica no estabelecimento da interação entre os sujeitos que participam das ações, que devem : saber ouvir, olhar, falar e tocar o cliente envolve totalmente o contato humano. Buscam-se as respostas dos cuidados prestados através das expressões faciais e gestos, compreendendo assim a comunicação não verbal utilizada durante a interação enfermeiro/cliente.

Ao se falar em cuidado com o cliente oncológico, devemos lembrar que o câncer é tido como uma doença crônico-degenerativa, ou seja, uma doença que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, exceto quando é interrompida em uma das fases da progressão e, principalmente, quando é diagnosticada precocemente.

Cabe ao enfermeiro que atua em uma instituição oncológica cuidar do cliente em todas as suas fases de tratamento, auxiliando na recuperação das suas necessidades alteradas e, também, no restabelecimento da sua capacidade de autocuidado ou então ajudá-lo a adaptar-se às limitações causadas pela própria doença como, por exemplo, a traqueostomia de urgência, pois esse cliente não estava preparado para realizar o

procedimento de forma tão inesperada. Devendo ser orientado sobre os cuidados com a traqueostomia quando retornar para a residência.

A relação do cuidado em enfermagem é uma relação humana, conseqüentemente uma relação diferente, pois cada ser humano representa um universo inimaginável reagindo aos sentimentos, pensamentos, emoções e necessidades. Compreende-se então o papel do enfermeiro, pois o planejamento de cuidados específicos se constrói através da própria interação, onde são descobertas as necessidades específicas do paciente. (CRISTÓFORO, 2006)

## **2.6 Assistência de enfermagem perioperatória ao cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência**

A enfermagem perioperatória é um termo que surgiu como especialidade da enfermagem, sendo reconhecida e praticada nos períodos do pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório da experiência cirúrgica do cliente. Após a intervenção cirúrgica, a assistência de enfermagem continua na recuperação pós-anestésica e na avaliação do cliente na enfermaria.

A *Association of Operating Room Nurses* (1999) utiliza o termo enfermagem perioperatória no intuito para definir e clarear as atividades da enfermagem nas três fases da assistência ao cliente cirúrgico: fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatório, além de fornecer o cuidado aos pacientes cirúrgicos, no campo físico e mental, no período perioperatório, promovendo a excelência na prática de enfermagem perioperatória. Esta prática gira em torno do cliente que é submetido a um procedimento anestésico cirúrgico eletivo, de emergência ou urgência..

Para Smelter e Bare (2002) a assistência perioperatória compreende três fases básicas: Pré-operatória, considerada as primeiras 24 horas antes do procedimento anestésico-cirúrgico; Transoperatório, que é o momento que o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado para a recuperação pós-anestésica, onde se inicia o período; Intra-operatório, que é o momento do procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito, ou seja, do início do processo anestésico-cirúrgico até a sua reversão; Pós-operatório imediato, compreende todo o período existente após a realização do procedimento anestésico cirúrgico subdividindo-se em recuperação pós-anestésica, que é a chegada do paciente na SRPA até a sua alta para a unidade de origem. O pós-operatório imediato vai da alta do paciente da SRPA até as primeiras 48 horas após a cirurgia e o pós-operatório mediato começa a partir das 24 horas da cirurgia e se estende até a alta do paciente, com duração variável.

A qualidade da assistência de enfermagem deve ser aprimorada com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é considerada um processo sistematizado de cuidados de enfermagem direcionados para garantir a individualidade e a qualidade da assistência.

Ressaltamos que, na Resolução do COFEN/RJ\* nº 272/ 2004, fica estabelecido que cabe ao enfermeiro, com exclusividade a implantação, planejamento, organização, execução e a avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: consulta de enfermagem, histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (COFEN/RJ, 2004)

Dessa forma, com o objetivo de promover uma assistência de enfermagem qualificada e direcionada aos pacientes cirúrgicos, surge a Sistematização da Assistência

---

\* COREN/RJ- Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que possui como proposta básica à operacionalização dos conceitos de assistência de enfermagem integral, individualizada, continuada ou sistematizada, participativa, documentada e avaliada, além de adequar normas, rotinas e condutas para a prestação da assistência de enfermagem. (CASTELLANOS, 1990)

A SAEP é sem dúvida o alicerce que dá sustentação às ações de enfermagem no Centro cirúrgico, além de facilitar os cuidados nos períodos pré, trans e pós-operatórios. (POSSARI, 2003)

A SRPA atualmente é o local onde o paciente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer sob observação, até que recupere sua consciência e tenha os seus sinais vitais estáveis, da equipe de enfermagem que deve prevenir as intercorrências e/ou, no caso de elas ocorrerem, dar-lhes pronto atendimento. A sala deve estar próxima das salas de operações, tendo um número de leitos proporcionais a especificidade do Centro Cirúrgico (Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Central de Esterilização e Recuperação pós-anestésica – SOBECC, 2007).

Drain & Shirpley (1981), recomenda que, além da localização e do espaço físico apropriado, um ponto extremamente importante é a garantia da especificidade da equipe multiprofissional, que deve ser treinada e habilitada para prestar cuidados de alta complexidade e, individualizados, ao paciente no período pós-operatório imediato, assegurando a prevenção de riscos e complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico.

Durante muitos anos, permaneceu o conceito de que as cirurgias em pacientes idosos eram muito arriscadas e que, raramente, compensava o risco cirúrgico, diante da reduzida expectativa de vida. Contudo essa situação vem se modificando, pois em alguns

hospitais existe pouca diferença entre os resultados no pós-operatório do adulto jovem para o idoso (PIMENTA, 1998).

Bailes (2000) descreve que o idoso na faixa etária de 65 anos de idade, em boas condições de saúde, pode tolerar as cirurgias de grande porte, sem morbidade e mortalidade significativa, exceto se existirem condições pré-existentes de alguma patologia. Mesmo com todos os avanços tecnológicos em relação ao ato cirúrgico, o paciente idoso encontra-se mais propenso aos riscos cirúrgicos do que os pacientes mais jovens, devido às alterações fisiológicas.

O paciente idoso portador de câncer na região da cabeça e pescoço apresenta características bem diferenciadas de outros clientes portadores de tumores malignos, pois o câncer de cabeça e pescoço é um tumor agressivo e causa efeitos psicológicos significativos, principalmente após submeter-se a traqueostomia de emergência. O paciente apresenta algumas alterações físicas como alteração da auto-imagem, comunicação verbal prejudicada, problemas na deglutição, olfato e movimentação.

De alguma forma, o procedimento anestésico-cirúrgico acarreta possíveis mudanças na qualidade de vida do cliente idoso oncológico, às vezes de forma definitiva ou temporária como é o caso da traqueostomia. Além do medo que o cliente idoso desenvolve frente a hospitalização e da realização da traqueostomia em caráter de urgência é um fator, sem dúvida, que pode aumentar o estresse no pós-operatório, principalmente com a impossibilidade da comunicação verbal com a equipe de enfermagem.

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico, que consiste na abertura cirúrgica da traquéia e inserção de uma cânula com a finalidade de manter a função respiratória e retirar a secreção traqueobrônquica. Através da abertura da traqueostomia (estoma) é

introduzida uma cânula de metal ou polietileno, esta última possui um balão que quando insuflado impede a passagem de ar pelas cordas vocais, impedindo que o idoso se comunique verbalmente. Já com a cânula de metal o cliente pode emitir algum som caso não tenha ocorrido nenhuma lesão nas cordas vocais. (SILVA, 2002)

Outro aspecto importante diz respeito à permanência da traqueostomia que pode ser definitiva ou temporária, isso vai depender da patologia envolvida. O estado psicológico do doente fica modificado devido à alteração da auto-imagem. (MEEKER,1997)

Além da traqueostomia, pode ocorrer edema facial ou cervical devido ao enfisema, tal edema impossibilita o cliente de movimentar os lábios e, portanto, a utilização da mímica labial fica prejudicada, dificultando o entendimento do enfermeiro que o assiste. Assim, a comunicação do paciente com o enfermeiro é realizada através de gestos. (CLARK, 1997)

A percepção e a necessidade de interagir com o meio ambiente acentua-se nas primeiras horas após a realização da traqueostomia, neste momento o cliente pode utilizar a comunicação através da escrita, dependendo da sua habilidade em utilizar caneta e papel. (ZAGO, 1998)

A Sistematização da Assistência ao paciente idoso oncológico traqueostomizado esta baseada na individualidade e na satisfação das suas necessidades básicas. Durante o período do pós-operatório o paciente idoso traqueostomizado pode apresentar alterações em suas necessidades, pois a impossibilidade de se comunicar verbalmente muitas vezes o faz adotar comportamento agressivo dificultando no relacionamento. Em contrapartida, o comportamento passivo também dificulta a comunicação e o processo

de interação, pois o paciente encontra-se em fase de negação da doença, sendo necessário um maior apoio emocional do enfermeiro que presta os cuidados.

O enfermeiro deve saber identificar os problemas de saúde, planejar e implementar as intervenções de enfermagem, colaborando assim, para a reabilitação e, principalmente, oferecendo uma assistência humanizada.

Atendendo a SAE, discriminamos as etapas que envolvem o fluxo do cliente idoso com câncer na cabeça e pescoço a ser submetido a traqueostomia de urgência.

(Figura I)

### **Caminho do cliente idoso oncológico a ser submetido a traqueostomia de urgência**



**FIGURA I** – Fluxograma do cliente idoso que será submetido a traqueostomia de urgência

---

# **METODOLOGIA**

---

### **3. CAMINHO METODOLÓGICO:**

Neste capítulo, descrevemos o tipo de estudo, a caracterização do cenário do estudo, os sujeitos envolvidos, procedimentos de coleta e análise dos dados, com vistas ao alcance dos objetivos do estudo.

#### **3.1 Tipo de Estudo:**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo e com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa demonstra-se adequada para a compreensão da problemática do estudo, acreditando na interação positiva e espontânea entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, para que transcorra satisfatoriamente nos ajudando nas interpretações colhido.

De acordo com Polit e Hungler (2004) a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística e naturalista, pois se preocupa com a complexidade dos indivíduos e o ambiente, dispensa as limitações e os controles impostos pelo pesquisador, pois o percurso metodológico é desenhado a partir do significado dos dados ou das informações que vão surgindo, sendo comum o desenvolvimento da coleta de dados concomitante à fase de análise. Esta afirmação está relacionada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos atores.

Outro aspecto que merece destaque na abordagem qualitativa é também confirmado por Minayo (2004: 21), quando ratifica:

“A pesquisa qualitativa responde as questões particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Cabral e Tyrrel (1998), referem que a pesquisa na enfermagem possui vários métodos e técnicas que possibilitam desvendar os problemas emergentes no cotidiano da prática da enfermagem.

### **3.2 Cenário do estudo:**

O estudo foi realizado nas unidades de pós-operatório imediato de uma Instituição Pública Federal de Referência e Tratamento de Câncer, situada na cidade do Rio de Janeiro, nos setores da Recuperação Pós-Anestésica (RPA), localizada no 9º andar, dentro do Centro Cirúrgico, e da Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço, no 6º andar na ala B.

A RPA é uma área destinada aos clientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde permanecem até a recuperação da sua consciência, normalização dos sinais vitais e dos reflexos motores, estando os clientes sempre sob a observação e os cuidados constantes da enfermeira e sua equipe.

Este setor é composto por oito leitos de adulto e dois berços possuindo equipamentos de monitorização invasiva e não invasiva, assim como ventilação

mecânica/ respirador artificial. Embora seja um setor fechado, restrito e destinado apenas para a recuperação de clientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, quando não há leito disponível para internação dos clientes oncológicos submetidos a traqueostomia de urgência na unidade de internação da clínica cirúrgica da cabeça e pescoço, os mesmos permanecem no leito da RPA por um período de 24 horas até a sua alta hospitalar ou, se necessário, aguardando leito disponível.

A RPA funciona durante 24 horas ininterruptamente nos dias úteis, segunda a sexta-feira. Seu funcionamento contínuo decorre das necessidades determinadas pelas cirurgias eletivas, urgências e emergências. Os clientes que permanecerem na RPA após as 22 horas, deverão ter alta no dia seguinte até as 08 horas da manhã. Nos finais de semana os clientes operados de urgência e emergência, são recuperados dentro da sala de cirurgia e posteriormente encaminhados para a enfermaria de origem ou para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A assistência perioperatória inicia-se no momento em que a enfermeira assume o plantão, desde o preparo do ambiente para receber o cliente no período do pós-operatório imediato até a alta do cliente para enfermaria. A enfermeira e sua equipe devem estar sempre preparadas para as situações de emergências/urgências, por exemplo, leito disponível com todo o material de oxigenoterapia, aspirador de secreção orofaríngea principalmente para os clientes submetidos a traqueostomia de urgência.

A alta do cliente ocorre após avaliação das suas condições clínicas e liberação pelo anestesista responsável, mediante índice de Aldrete e Kroulik<sup>4</sup> compatível para alta, ou

---

<sup>4</sup> Método de avaliação das condições fisiológicas dos pacientes submetidos a procedimentos anestésicos. De acordo com os autores, os parâmetros indicativos são: respiração, pressão arterial (circulação), oximetria de pulso (Saturação de oxigênio), atividade muscular e nível de consciência estebeleceu-se uma pontuação de 0 a 10 para cada parâmetro avalaliado. .(Aldrete, 1995).

seja, soma de pontos entre 8 e 10 pontos, devendo somente ser liberado após a realização das medicações aprazadas, e procedimentos médicos e de enfermagem, que se fizerem necessários.

Os clientes ambulatoriais com alta para a sua residência deverão ser liberados somente após certificação da presença de um acompanhante. A saída do cliente da RPA deve ser acompanhada de um membro da equipe de enfermagem até a entrega definitiva do cliente ao seu responsável.

A equipe de enfermagem é composta por cinco enfermeiras e oito técnicos de enfermagem, com a seguinte escala: duas enfermeiras diaristas, três enfermeiras plantonistas para o serviço noturno, sendo os técnicos de enfermagem distribuídos entre os plantões diurnos e noturnos com escala de trabalho 12 por 60 horas (doze horas de trabalho seguidas de por 60 horas de descanso, mais três complementações de doze horas, totalizando 13 plantões/ mês).

Vale ressaltar que neste setor não é permitida visita aos clientes submetidos às cirurgias, exceto as crianças que devem ser acompanhadas pelos seus respectivos responsáveis. A permanência ou visitação só será permitida em ocasiões especiais e, somente, com autorização do médico e/ou enfermeira de plantão.

Outro cenário do estudo foi a Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço, que é composta por 26 leitos de internação, divididos entre femininos e masculinos de acordo com a necessidade da demanda. É uma clínica muito complexa e de alta rotatividade de clientes cirúrgicos.

A assistência de enfermagem na unidade de internação da CP é embasada pela SAE e considerada de grande importância para que a enfermeira tenha condições de estabelecer uma comunicação efetiva e um relacionamento interpessoal com o cliente e

seu familiar durante o período de hospitalização e principalmente no POI, momento em que são estimulados a expressarem as suas necessidades, seus medos e ansiedades com o resultado da cirurgia, mormente quando submetidos a traqueostomia. Portanto, a enfermeira direcionará as melhores estratégias para manter a comunicação efetiva e um bom relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente/familiar.

Durante o período de pós-operatório imediato do cliente submetido a traqueostomia de urgência é necessário que o enfermeiro, ao admitir esse cliente, oriente-o quanto ao processo de internação e na adaptação a traqueostomia, deve-se evitar antecipação do que ele deseja para evitar a frustração e a dificuldade no relacionamento interpessoal, sobretudo com o cliente idoso, que neste momento encontra-se separado da família, além de apresentar dificuldade no relacionamento com pessoas estranhas ao ambiente familiar.

A equipe de enfermagem da UI da CP é composta por oito enfermeiras e vinte e quatro técnicos de enfermagem e funciona com duas enfermeiras diaristas, sendo que as outras enfermeiras e técnicos de enfermagem trabalham em regime de plantão de 12 por 60 horas diuturnamente. A visita na UI da CP é diária no período de 14 às 16 horas e de acordo com o estado clínico do cliente internado será permitida a presença de um acompanhante (familiar ou cuidador).

### **3.3 Sujeitos do estudo:**

Neste estudo a população alvo foi composta por enfermeiras envolvidas na assistência de enfermagem no período do pós-operatório imediato. Adotamos como critério de seleção:

- ✓ Enfermeiras que estivessem envolvidas na assistência de enfermagem aos clientes idosos submetidos a traqueostomia de urgência;
- ✓ Enfermeiras que trabalhassem na RPA ou na Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço;
- ✓ Enfermeiras que se dispusessem a participar livremente do estudo.

Dentro desse critério participaram da pesquisa quinze enfermeiras, das quais oito estão lotadas no CC/RPA e sete na Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço, todas envolvidas na assistência ao cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência. Todas as enfermeiras corresponderam aos critérios de seleção e aceitaram participar da pesquisa, vale ressaltar que a coleta de dados foi integralmente realizada pela autora deste estudo.

Na pesquisa qualitativa o critério numérico dos sujeitos sociais se torna de menor preocupação para o investigador, pois o que realmente interessa é a qualidade dos dados coletados e não necessariamente a quantidade de sujeitos envolvidos na pesquisa.

Existe uma percepção inadequada na pesquisa qualitativa em relação à pesquisa quantitativa, pois envolve um número menor de sujeitos do que na pesquisa quantitativa, supondo incorretamente que os dados coletados não sejam significativos.

Na verdade, a pesquisa qualitativa pode produzir muitos dados importantes, pois o que nos importa é a qualidade dos dados produzidos e, não necessariamente, a quantidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa (POPE e MAYS, 2006).

### **3.4 Procedimentos da coleta de dados:**

A coleta de dados ocorreu no 1º semestre de 2008 e para atingirmos os objetivos dessa pesquisa, utilizamos a entrevista semi-estruturada com aplicação de um instrumento previamente elaborado e testado com perguntas objetivas e subjetivas que contemplavam os objetivos do estudo. (APÊNDICE 1)

A entrevista semi-estruturada é definida por Minayo (2004), como um tipo de entrevista que se pode combinar perguntas abertas e fechadas, existindo a possibilidade do entrevistado conversar sobre o tema proposto, sem que as respostas sejam pré-fixadas pelo pesquisador. O instrumento por nós elaborado é composto por duas partes a primeira contém dados pessoais de identificação dos sujeitos, gênero, idade, tempo de formado, setor de origem, tempo de atuação no setor e se possui qualificação na área de oncologia; e a segunda parte constou de perguntas relacionadas ao processo de comunicação no relacionamento interpessoal da enfermeira com o cliente oncológico idoso submetido a traqueostomia de urgência, assim como estratégias utilizadas para facilitar na comunicação e interação com o cliente e o seu familiar.

Utilizamos também como instrumento auxiliar o diário de campo onde foram anotadas algumas situações observadas pelo pesquisador, e que não constavam no roteiro de entrevista, nos auxiliando posteriormente na análise de dados. Neste diário foram registradas manifestações das enfermeiras, como expressão facial, relação proxêmica ou algum comentário que a mesma não quisesse registrar na sua entrevista.

Para a coleta de dados seguimos os seguintes passos:

- Após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do INCA, foram solicitadas as autorizações da chefia de enfermagem do Centro Cirúrgico e da Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço, para realizarmos a pesquisa com as enfermeiras;
- Apresentação às enfermeiras responsáveis pela RPA e pela UI da CP, convidando-as a participarem da pesquisa;
- Informações aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta e a importância do estudo, assim como, os objetivos e a relevância da pesquisa;
- Explicações acerca da coleta de dados e de como seria efetuada a entrevista, assim como, a garantia do seu anonimato e a possibilidade de se desvincularem da pesquisa sem danos pessoais ou para sua chefia;
- Realizado a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme determina a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). (ANEXO 1);
- Após assinatura do TCLE, foi iniciada a entrevista com as enfermeiras da RPA e da UI da CP e de acordo com a disponibilidade de cada sujeito, em locais e horários que garantissem a privacidade dos respondentes, com duração de 30 a 60 minutos;

### **3.5 Procedimentos de Organização e Análise dos dados**

O objetivo desta etapa é descrever a dinâmica utilizada para organizar as informações obtidas na pesquisa, captadas através da entrevista e do registro no diário de campo.

Inicialmente, após a coleta de dados foi possível realizar a caracterização dos sujeitos da pesquisa, possibilitando identificar e delinear o perfil das enfermeiras da Recuperação Pós-Anestésica e da Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço.

Na caracterização das enfermeiras da RPA e da UI da CP, foram considerados, aspectos quanto ao perfil profissional em relação ao gênero, faixa etária, tempo de formado, tempo de atuação no setor e qualificação na área da Oncologia.

Para este estudo, considerou-se a análise de conteúdo a melhor técnica para a pesquisa qualitativa, pois visa conhecer e esclarecer o conteúdo dos depoimentos dos participantes da pesquisa. Corroborando com a pesquisa qualitativa Minayo (2004) refere que a análise de conteúdo temática/categorial é a técnica que melhor se aproxima para os dados qualitativos, permitindo que o conteúdo das entrevistas sejam categorizados em temas gerais ou específicos, consistindo em descobrir o núcleo do sentido, significando alguma coisa para o objetivo analítico.

A Análise de Conteúdo (AC), trata as informações provenientes dos discursos/falas dos sujeitos investigados sobre um determinado assunto, onde seja possível centralizar as idéias e categorizar tematicamente. A análise de conteúdo deseja

compreender o que está implícito no discurso do sujeito, buscando a sua codificação em unidades de compreensão (BARDIN, 2004).

Destacamos algumas fases na Análise de Conteúdo de Bardin (2004) que o pesquisador necessita seguir: 1ª Fase: Pré-análise, 2ª Fase: Exploração do material ou codificação dos dados; 3ª Fase: Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

Na Pré-análise, o pesquisador escolhe os documentos a serem analisados, realiza a leitura exaustiva do conteúdo do discurso dos sujeitos, realiza a extração de tudo que o interessa, atribuí-se um código para identificação, possibilitando a verificação no número de sujeitos e a semelhança das respostas. Seguindo estes princípios, neste estudo adotamos codificar os respondentes da seguinte forma: a letra E acrescido do número correspondente a entrevista realizada. Ex: E1, significa Enfermeira entrevistada nº 1 e assim sucessivamente. Nesta fase determinam-se as palavras chaves ou frases, os recortes dos depoimentos, à forma de categorização que orientará a análise do conteúdo.

Na fase de Exploração do material ou codificação, a pesquisadora explorou os discursos dos sujeitos pesquisados, transcreveu todos os dados brutos, que posteriormente foram sistematicamente agrupados em unidades de registro, permitindo uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo, trabalhou-se com os recortes do texto nas unidades de registros.

Para a construção das categorias temáticas utilizamos o processo de categorização proposto por Bardin (2004:117), descreve que a categorização como:

“... uma operação de classificação de elementos de um conjunto segundo gênero (analogia), é a reunião de um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres destes elementos...”.

A despeito da construção de categorias empíricas seguimos alguns critérios de Bardin, que nos balizaram no momento da construção das categorias empíricas na análise de conteúdo. Portanto, alguns passos essenciais foram seguidos para o nucleamento das idéias centrais dos discursos dos sujeitos pesquisados:

- ✓ Encontrar a homogeneidade presente nos depoimentos, utilizar uma mesma técnica, buscando características em comum;
- ✓ Procurar a exaustividade de todos os elementos que pertencem ao texto em análise;
- ✓ Buscar a exclusividade, atentar quanto aos elementos destacados, pois não devem constar em duas categorias diferentes;
- ✓ Tratar de trazer a objetividade da temática, ou seja, deve-se ter uma amostra significativa chegando no final da análise com os resultados iguais;
- ✓ Procurar a pertinência ou adequação dos elementos captados no conteúdo dos depoimentos que esteja, condizente com os objetivos da pesquisa.

A seguir, realizamos a classificação e agregação dos dados colhidos, escolhemos as categorias temáticas que reunidas conduziram a especificidade do tema.

Na última fase faremos o Tratamento e Interpretação dos resultados, a análise de conteúdo constitui a última etapa do processo, é a fase final. Os resultados obtidos foram analisados através dos depoimentos dos participantes e interpretados à Luz da fundamentação teórica para a análise e discussão.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa:**

Após aprovação do projeto pela banca examinadora da UNIRIO e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INC, através do parecer nº 036/08 (ANEXO 2) nos apresentamos a Divisão de Enfermagem do Hospital de Câncer I (HC I), com a qual obtivemos autorização para iniciarmos a coleta de dados.

---

# **RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO**

---

## 4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

### 4.1 O perfil dos sujeitos pesquisados.

Após a coleta de dados foi possível identificar e delinear o perfil dos sujeitos pesquisados da RPA e da UI da CP considerando os seguintes aspectos: perfil do profissional quanto ao gênero, faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação no setor e qualificação na área de oncologia.

Foi construído um quadro para permitir uma rápida leitura acerca da identificação do perfil dos sujeitos pesquisados (Quadro 1) e cinco gráficos para a caracterização dos participantes na pesquisa.

Quadro 1. Perfil das Enfermeiras lotadas na Recuperação Pós-Anestésica e na Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço (RPA e UI da CP), HC I/ INCA, RJ, 2008.

PERFIL DAS ENFERMEIRAS		RPA	UI da CP	TOTAL
Gênero	Feminino	08	07	15
	Masculino	00	00	00
Faixa etária	20 a 30 anos	02	01	03
	31 a 40 anos	04	05	09
	41 a 50 anos	02	01	03
Tempo de formação	1 a 5 anos	01	01	02
	6 a 10 anos	02	02	04
	11 a 20 anos	04	04	08
	21 a 30 anos	01	00	01
Tempo de atuação no setor	< 1 ano	01	01	02
	2 a 5 anos	02	04	06
	6 a 10 anos	03	01	04
	11 a 20 anos	02	01	03
Qualificação na área Oncológica	sim	06	07	13
	não	02	00	02

Fonte: Dados da pesquisa

Podemos observar que dos quinze sujeitos entrevistados, todos eram do gênero feminino (Gráfico 1). Confirmando ser a enfermagem uma profissão eminentemente feminina, corroborando com uma realidade antiga, na qual as mulheres enfermeiras sempre existiram. Elas circulavam de casa em casa, de cidade em cidade, cuidando de outras mulheres, crianças, idosos, deficientes e pobres. (Lima, 1993) A prevalência feminina na Enfermagem é uma realidade também observada no cenário acadêmico e, de acordo com estudos sobre a trajetória da mulher na Educação Brasileira, houve um aumento significativo do seu ingresso na formação superior incluindo a pós-graduação. (Godinho, 2006) Contudo, nos dias de hoje a enfermagem é exercida por profissionais de ambos os sexos, entretanto, predomina-se a presença de profissionais do sexo feminino.

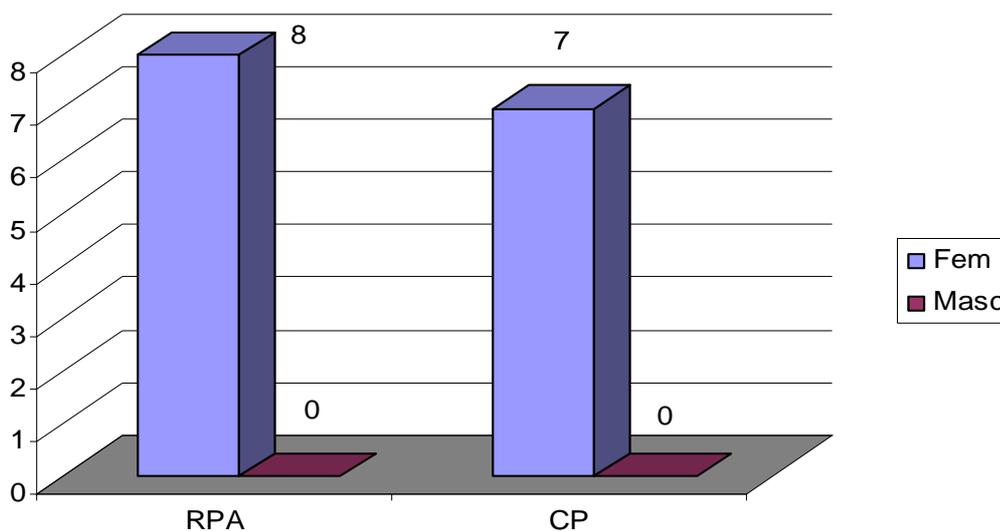
Em relação à faixa etária, observa-se que o grupo pesquisado é formado por adultos jovens, encontram-se na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade. Isso demonstra que a população estudada é constituída por pessoas que estão em plena fase de produção, de construção familiar, com expectativa de progressão intelectual, social e ascensão profissional (Gráfico 2).

Percebe-se também, que o predomínio do tempo de formado variou entre 4 a 24 anos de formado. No entanto, observa-se que os sujeitos da pesquisa estão concentrados nos 20 anos de formados, o que significa uma grande experiência evidenciada pelos sujeitos, facilidade de experimentação na adaptação ao serviço, demonstração de satisfação expressada na valorização do grupo, da supervisão de enfermagem, da atenção e da agilidade nos cuidados prestados aos clientes submetidos ao procedimento cirúrgico-anestésico. (Gráfico 3)

No que concerne ao tempo de atuação no setor, os cuidados de enfermagem dispensados aos clientes idosos submetidos a traqueostomia de urgência na recuperação pós-anestésica e na unidade de internação da clínica da cabeça e pescoço variou entre 1 e 12 anos (Gráfico 4).

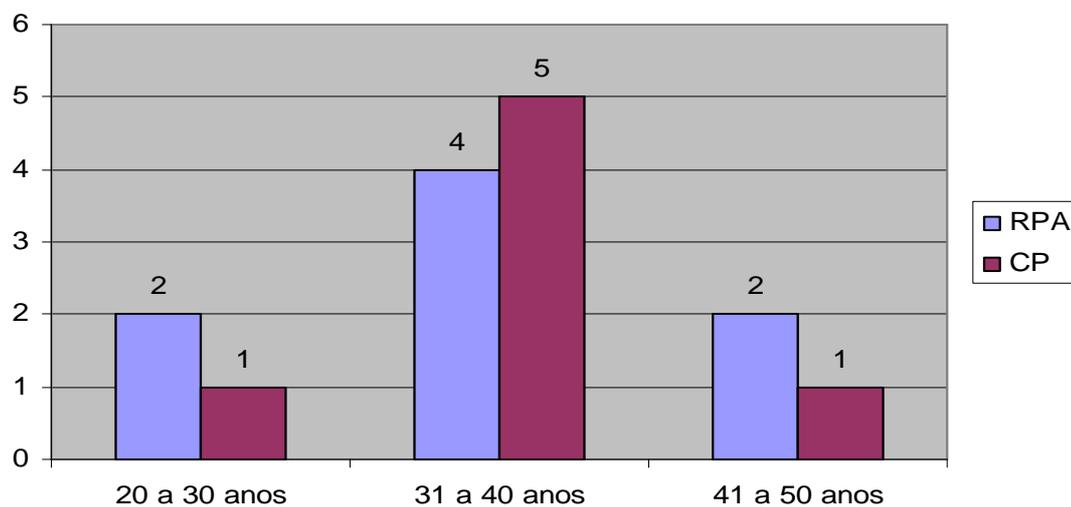
Quanto à análise das características dos sujeitos pesquisados na RPA e na UI da CP constatamos que existe um percentual elevado de enfermeiras com qualificação na área de oncologia, ou seja, com especialização em enfermagem oncológica ou relataram ser ex-residentes em oncologia. No entanto, as enfermeiras que não possuem qualificação em oncologia, referem qualificação em outras áreas da enfermagem (Gráfico 5).

**Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros da Recuperação Pós-anestésica e da Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da Cabeça e Pescoço.**



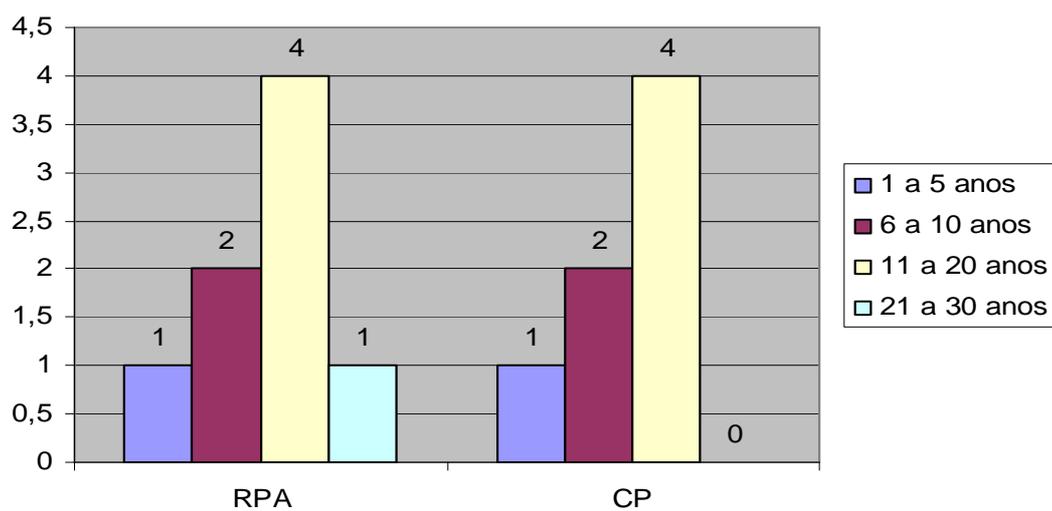
**Fonte: Dados da pesquisa**

**Gráfico 2: Distribuição das enfermeiras da RPA e da UI da CP segundo a faixa etária.**



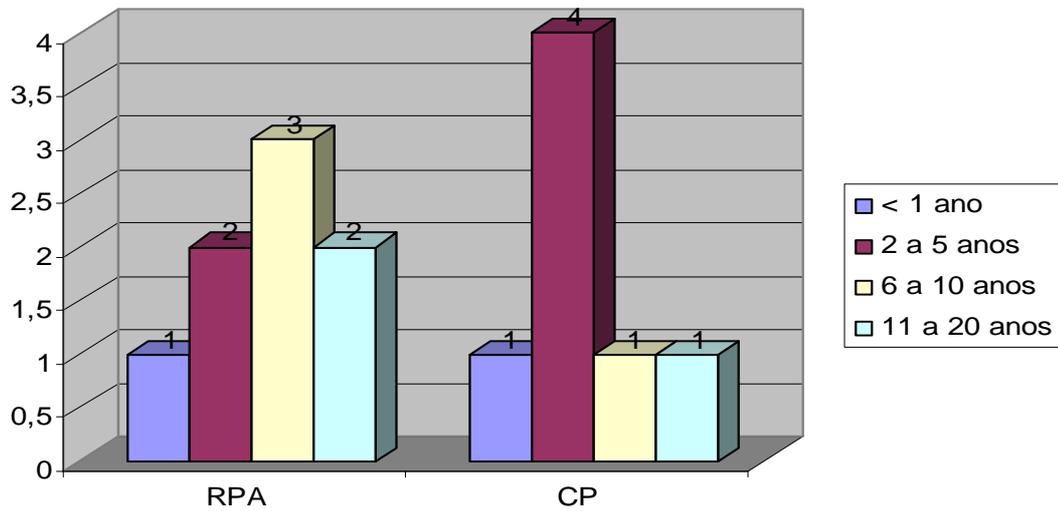
**Fonte: Dados da pesquisa**

**Gráfico 3: Distribuição das enfermeiras da RPA e da UI da CP em relação ao tempo de formado.**



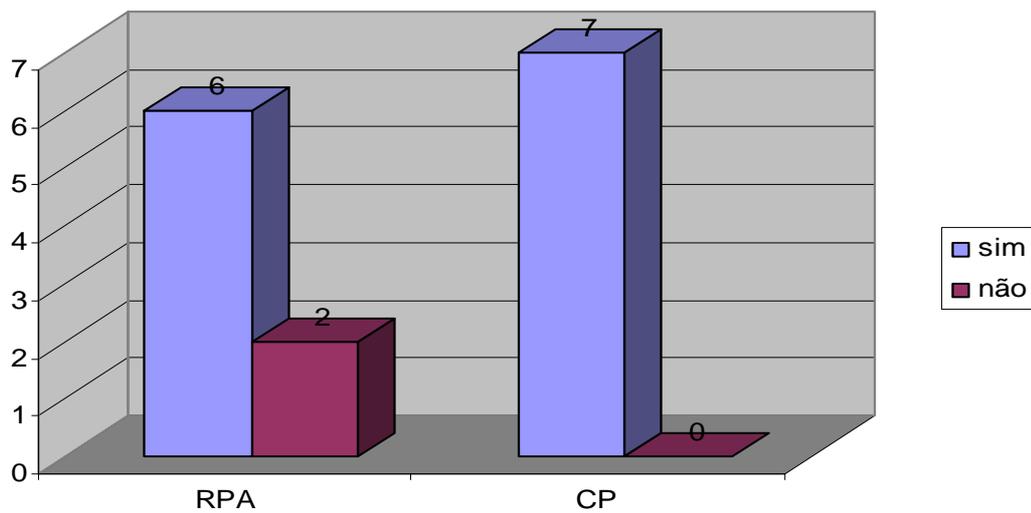
**Fonte: Dados da pesquisa**

**Gráfico 4: Distribuição das enfermeiras da RPA e da UI da CP em relação ao tempo de atuação no setor.**



Fonte: Dados da pesquisa

**Gráfico 5: Qualificação das enfermeiras da RPA e da UI da CP na área de Oncologia.**



Fonte: Dados da pesquisa

#### **4.2 A Construção das unidades de registro, das categorias temáticas e subcategorias.**

A organização e apresentação dos dados colhidos na pesquisa nos possibilitaram a identificação das unidades de registro através dos elementos que foram extraídos dos depoimentos, agregando-se os temas relativos ao objeto a ser estudado em cada unidade de significação. Os temas foram descritos nas unidades de significação durante o tratamento dos dados colhidos na pesquisa.

Ademais, através das unidades de registro foram identificadas cinco categorias temáticas: 1) Processo de comunicação interpessoal, subdividindo-se em duas subcategorias: 1.1) Comunicação verbal e 1.2) Comunicação não verbal; 2) Dificuldades na avaliação da comunicação no relacionamento interpessoal; 3) Sentimentos apresentados pelo o cliente idoso traqueostomizado; 4) Estratégias utilizadas para estabelecer a comunicação; 5) Relacionamento interpessoal entre enfermeira/cliente/família. A seguir serão apresentados as categorias temáticas, subcategorias e os recortes dos textos nas unidades de registro, conforme mostra o Quadro 2, apresentado a seguir, bem como, algumas descrições dos depoimentos das enfermeiras e a discussão da temática em questão.

**QUADRO 2: Construção das Categorias temáticas e subcategorias e as Unidades de Registro.**

<b>Categoria temática</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registro</b>
<b>1) Processo de comunicação interpessoal</b>	<b>1.1) Comunicação verbal</b>  <b>1.2) Comunicação não verbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação verbal existe entre enfermeira e o cliente em algumas situações;</li> <li>- Comunicação não verbal ocorre entre o cliente e a enfermeira, porém exigido conhecimento e habilidade por parte da enfermeira;</li> <li>-Hospitalização rápida de urgência</li> <li>- Falta de informação prévia sobre o procedimento que seria realizado (traqueostomia)</li> </ul>
<b>2) Dificuldades na avaliação da comunicação no relacionamento interpessoal</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferenciar a dor do cliente do desconforto;</li> <li>- Quando apresenta agitação com a presença da secreção traqueal;</li> <li>- Dificuldade auditiva e visual;</li> <li>- A não aceitação da traqueostomia principalmente pelos homens; pela presença da cânula da traqueostomia;</li> </ul>
<b>3) Sentimentos apresentados pelo idoso traqueostomizado</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade e angústia pelo desconhecido;</li> <li>- Medo de ficar sozinho no hospital;</li> <li>- Decepção pela presença e descoberta da doença;</li> <li>- Baixa auto-estima por ser uma pessoa traqueostomizada;</li> <li>- Tristeza por ser portador da traqueostomia;</li> <li>-Vergonha da família e da comunidade;</li> </ul>

<p><b>4) Estratégias utilizadas para estabelecer a comunicação</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- utilização de gestos;</li> <li>- mímica labial;</li> <li>- utilização de papel e lápis;</li> <li>- a expressão facial do cliente;</li> <li>- contato físico (toque) com o cliente idoso</li> <li>- utilização da lousa mágica (quadro branco onde se pode escrever)</li> </ul>
<p><b>5) Relacionamento interpessoal entre a enfermeira/cliente/família</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- interagir com o familiar do cliente;</li> <li>- acompanhamento do cliente idoso traqueostomizado;</li> <li>- orientações sobre o processo da alta e dos cuidados com a traqueostomia;</li> <li>- orientar quanto a limpeza da cânula, tipo de alimentação;</li> <li>- proteção da cânula traqueostomia quando o cliente sair de casa</li> </ul>

### **Categoria temática 1**

#### **O Processo de comunicação interpessoal**

Esta categoria focaliza o entendimento das enfermeiras acerca do conhecimento e a sua prática no processo de comunicação na enfermagem com o cliente idoso incapacitado de verbalizar a sua mensagem. A comunicação, na visão das enfermeiras, é representada como base para estabelecer o relacionamento interpessoal terapêutico, principalmente com o cliente impossibilitado de se comunicar verbalmente.

Travelbee (1979) descreve que o relacionamento terapêutico ou a relação pessoa-pessoa, é uma meta a ser alcançada, chegando ao resultado final de uma série de interações planejadas entre os seres humanos – enfermeira e paciente, os quais durante o caminhar do cuidado desenvolvem uma capacidade crescente de estabelecerem relações interpessoais.

Mendes (2000) refere que a comunicação aparece em diferentes formas de interação interpessoal, grupal e social, é dinâmica, modificando-se a cada interação entre as pessoas.

A Teoria da Comunicação é relevante para a prática de enfermagem. Primeiramente, quando a comunicação estabelece um relacionamento terapêutico, porque requer a condução de informações e a troca de sentimentos e pensamentos. Segundo Stuart e Laraia (2002) a comunicação é um meio pelo qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, tornando possível um bom resultado nos cuidados de enfermagem e terceiro, a comunicação é o próprio relacionamento.

Rodrigues (1993) relata que o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente não acontece por acaso, pode ocorrer em qualquer local e a todo o momento, pode permanecer por alguns segundos ou continuar durante as interações, a ajuda esta centrada nas ações de enfermagem que procuram atender as necessidades do paciente. Considera a relação de ajuda como algo baseado na interação do enfermeiro com o paciente visando ajudá-lo a encontrar suas próprias soluções e a sair mais amadurecido do processo.

De acordo com os depoimentos das enfermeiras sobre o conhecimento e a prática na comunicação e no relacionamento interpessoal com o cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, surgiram duas formas de comunicação, que podemos

considerar com subcategorias da comunicação: a) comunicação verbal, que ocorre no contato da enfermeira com o cliente; b) a comunicação não verbal, que ocorre em relação cliente com a enfermeira.

De um modo geral, as enfermeiras entrevistadas demonstraram uma mesma linha de pensamento em seus depoimentos, o relacionamento interpessoal enfermeira/cliente vai depender da comunicação efetiva. Elas destacam que a comunicação verbal é sempre enfermeiro-cliente e a não verbal significa cliente-enfermeira.

*“a comunicação ocorre de forma verbal quando falo com o cliente, e de forma não verbal quando ele me responde através de gestos. Eu não possuo muita prática na comunicação não verbal ” E1*

Portanto na visão de Silva (1996:9), que descreve que: “a comunicação não se constitui apenas de palavras verbalizadas. Temos que aprender a ser artistas, no sentido de captar as mensagens interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente”.

Stefanelli (1993: 30), define o processo de comunicação como: “A comunicação é entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exerce influencia no comportamento das pessoas...”.

Por isso, a enfermeira deve perceber e aceitar a condição do cliente com a comunicação verbal prejudicada, ficando aberto um canal para prosseguir com a interação com o cliente, porém se ela não conseguir estabelecer um vínculo ou provocar uma ruptura na comunicação entre ambos, precisaremos compartilhar essa interação com outros membros da equipe.

A comunicação verbal prejudicada é um diagnóstico de enfermagem contemplado da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que possui

como característica definidora fala ou resposta inapropriada ou ausente, capacidade de fala prejudicada, incapacidade de pronunciar palavras, mas capaz de entendê-la. E como fatores relacionados a incapacidade de produzir fala, secundário ao dano respiratório, assim como a presença da traqueostomia e cirurgia de cabeça e pescoço, finalizando com os fatores de risco que compreendem a presença da traqueostomia, o desconforto respiratório e o medo do ambiente desconhecido.

Diante desse diagnóstico de enfermagem a enfermeira vai planejar e implementar as intervenções de enfermagem colaborando para a reabilitação do cliente e, principalmente, oferecendo uma assistência mais qualificada.

*“ a comunicação ocorre de forma verbal e não verbal, explica-se a cirurgia realizada, a necessidade da internação por 24 horas, porém quando não consigo interagir com o cliente idoso eu chamo outra pessoa da equipe com mais experiência e paciência...” E4.*

O relacionamento interpessoal da enfermeira com o cliente idoso não deve ser diferenciado, mas temos que conhecer as alterações comuns no processo de envelhecimento, que acabam por limitar algumas funções orgânicas e, como consequência, limitam também as respostas fisiológicas. (PAPALEO NETTO, 1996)

O ser humano adoecido utiliza-se da comunicação para compartilhar algumas de suas experiências com outras pessoas que estão dispostas a ouvir ou pelo menos prestar um pouco de atenção na sua condição de saúde no momento. Alguns clientes podem associar o momento atual como bom ou ruim, dependendo de alguma situação que já tenham presenciado.

Através desse encontro foi possível auxiliar a interação e atingir o relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente, permitindo a interpretação e compreensão de algumas necessidades sentidas. Existe uma dificuldade de interação no

decorrer do cuidado em relação ao cliente idoso, pois este tipo de cliente apresenta algumas reações, como também algumas atitudes que podem facilitar ou dificultar na comunicação com a enfermeira.

Destacamos a seguir alguns depoimentos de enfermeiras em relação à comunicação direcionada ao cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência.

*“ a abordagem deve ser direcionada ao cliente idoso, não devemos infantilizar, nem ridicularizar o idoso, devemos ter paciência em decorrência das suas deficiências auditivas, visuais, movimentação )”  
E2*

*“ a assistência não deve ser diferenciada, porém fornecer apoio emocional devido ao processo de hospitalização e da descoberta da doença” E3*

*“ explicar ao cliente idoso o que aconteceu, ter paciência, proporcionar bem-estar, conforto, mantê-lo livre de dor, não utilizar termos técnicos dificultando o seu entendimento” E4; E5; E6; E7*

A Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee (1979), investiga meios de comunicação que favoreçam no relacionamento interpessoal do enfermeiro com o paciente e, a partir da observação desta prática, focalizar no processo interativo, envolvendo duas ou mais pessoas. Seguindo os passos da autora, o processo de comunicação está em todas as etapas de nossas vidas, pois é um elemento essencial para transmissão de idéias, sentimentos e ensinamentos.

*“ alguns clientes idosos ficam tão perplexos com o que aconteceu, que ele fica quieto, esperando mais interação e estímulo por parte da enfermeira. Às vezes temos que esperar o cliente se recuperar do “choque” da realização da traqueostomia que foi realizada urgentemente, para depois tentar uma comunicação com este cliente... já tive experiência com paciente idoso na minha família e é realmente difícil a comunicação e o relacionamento” E10*

*“o meu relacionamento com o cliente idoso é de forma verbal, de modo que o cliente entenda o que estou falando, e assim aconteça alguma interação” E12*

Joyce Travelbee (1979) descreve que a relação interpessoal terapêutica é um processo de troca de comprometimento, ressaltando ser a enfermeira responsável por ajudar o paciente. É neste momento que se conhece melhor o paciente e suas necessidades. A enfermeira é a profissional que passa a fazer parte da esperança de um retorno ao seu estado de bem-estar, pois alguns pacientes já estão sofridos e desesperançosos, sendo assim, a comunicação passa a ser um fator importante no processo saúde-doença.

*“a oportunidade de estar ao lado do paciente idoso traqueostomizado é gratificante para mim, quando ele se sente melhor com as minhas orientações e explicações sobre o processo cirúrgico e como passará a se comunicar com outras pessoas, há uma transmissão de informações, e isso é importante para mim e para ele” E6*

Podemos entender através deste depoimento, quais são os elementos necessários para que tanto as enfermeiras quanto os usuários, possam se valer das condições ideais para estabelecerem uma relação terapêutica, Furegato (1999:40) descreve que:

“Não basta ao enfermeiro ter a pretensão ou boa vontade de comunicar-se com os pacientes, com uma equipe de trabalho e com outros profissionais. Não basta ainda conhecer o ser humano tanto biológico quanto psiquicamente no seu desenvolver natural. Ele precisa ter conhecimento das emoções, sentimentos e motivações do ser humano, tanto no que se refere ao conhecimento do comportamento do paciente, como também naquilo que tange à sua própria pessoa, pois a intercomunicação ocorre entre dois seres humanos que agem, reagem e influenciam-se mutuamente”.

### **Subcategoria 1: A Comunicação verbal**

De acordo com os depoimentos das enfermeiras a comunicação verbal qualifica o atendimento, sendo um fator básico para o relacionamento interpessoal, e ocorre em relação enfermeira/cliente impossibilitado de se comunicar verbalmente. As enfermeiras que participaram deste estudo possuem um certo conhecimento e prática acerca do relacionamento interpessoal com o cliente idoso impossibilitado de se comunicar. ( E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E13; E15).

Segundo Stefanelli, (1993) e Silva (1996), a comunicação verbal se refere à linguagem escrita ou falada. Entende-se, portanto que a comunicação e o relacionamento interpessoal são meios valiosos que a enfermeira pode lançar mão para facilitar o cuidado integral ao cliente, visto que, a capacidade de interação com o cliente e de comunicar-se é igual e tão importante quanto a nossa capacidade de desenvolvermos habilidades técnicas.

Durante a nossa prática do cuidado e de algumas leituras sobre as teorias de comunicação, observamos que, cada vez mais, é necessário e importante o estudo sobre o processo comunicacional, assim como, capacitar pessoas capazes de buscar soluções para os problemas vivenciados durante a comunicação e o relacionamento interpessoal com o cliente idoso oncológico.

Somavilla (2001) descreve que a palavra verbalizada pode constituir-se em um instrumento fundamental no cuidado a saúde, pois é através da palavra que parte a possibilidade de haver ou não uma interação social. Por isso, procuramos na comunicação com o cliente, tranquilizá-lo durante o seu processo de hospitalização.

*“a comunicação com o cliente tem que ser a mais clara possível, de modo que ele entenda tudo que estamos informando, não devemos utilizar termos técnicos, dificultando o entendimento do cliente” E6*

Vê-se, portanto que a enfermeira utiliza a comunicação verbal para estabelecer o relacionamento efetivo com o paciente, oferecendo-o apoio, conforto, informação, despertando os sentimentos de confiança, assim como, ensinar-lhe as formas mais adequadas de comunicação. (STEFANELLI, 1993)

### **Subcategoria 2: A Comunicação não verbal:**

Diante das perguntas propostas, neste estudo a utilização da comunicação não verbal foi relatada pelas enfermeiras como sendo utilizada em relação cliente traqueostomizado e enfermeira. (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E9; E11; E12; E14; E15).

Stefanelli (1993) refere-se à comunicação não verbal como sendo a comunicação onde ocorrem as manifestações de comportamento não expressas por palavras. Neste tipo de comunicação, dois terços dos significados das mensagens percebidas pelo receptor nas relações interpessoais são de caráter não verbal. A enfermeira deve ter conhecimento das formas de comunicação não verbal para facilitar o alcance dos objetivos da assistência de enfermagem.

Os sinais não verbais podem ser classificados como: paralinguagem, cinésia, proxêmica, tacêsica<sup>5</sup>, características físicas, entre outras. As funções básicas da comunicação não verbal são complementares a comunicação não verbal. (SILVA, 1996)

---

<sup>5</sup> Tacêsica: É o estudo do toque e de todas as características que o envolvem: pressão exercida, local onde se toca... Silva (1996, p. 89)

Conforme descreve Araújo, Silva e Puggina (2007), a comunicação não verbal qualifica a interação humana, demonstrando emoções e sentimentos, que em um contexto permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem tenta transmitir.

O depoimento das enfermeiras nos faz entender a compreensão do significado da comunicação não verbal, visto que em alguns relatos identificamos dados que fazem parte do processo da comunicação não verbal, que destacamos a seguir:

*“o paciente se comunica através de gestos ou mímica labial, nós devemos estar atentas para qualquer tipo de informação que o cliente possa nos fornecer” E10*

*“estabelecer o processo de comunicação com o cliente idoso impossibilitado de se comunicar verbalmente é um pouco complicado, pois as vezes o próprio doente tem dificuldades de esclarecer o que esta sentindo ou necessitando, fica muito nervoso, quer escrever e não consegue, quer falar e aí a situação fica mais complicada” E6*

No contexto da assistência a saúde do cliente impossibilitado de se comunicar verbalmente, a comunicação deve ser equilibrada entre a enfermeira e o cliente, pois nós enfermeiros precisamos aprender a possibilidade de ver o novo, ou seja, cuidar a partir dos signos, que podem traduzir através de um simples olhar as suas necessidades, e o nosso olhar também ser diferenciado, um olhar novo que pode se transformar em linguagem. (ARAÚJO, 2000)

Utilizarmos uma forma de comunicação espontânea, caracterizada por expressões não verbais, facilita a interação e a comunicação com o cliente. Nos dirigimos ao cliente com expressões de alegria e bom humor, o que pode minimizar ou aliviar a tensão e a ansiedade da situação vivida naquele momento. A utilização do bom humor, da tranqüilidade, pode permitir que o cliente possa lidar melhor com o estresse da

hospitalização, do medo e da falta da voz para se comunicar. (ARAÚJO E SILVA, 2007)

As enfermeiras relatam a importância de se estabelecer o processo de comunicação não verbal, para poder atender as necessidades do cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, pois alguns fatores podem interferir na percepção do não verbal, por exemplo: limitações físicas, ruídos e o não reconhecimento dos sinais não verbais.

Vê-se neste estudo a existência de alguns fatores que vão interferir, dificultando a interação com o cliente. As nossas expectativas quando admitimos um cliente idoso traqueostomizado de urgência, sem nenhum preparo ou orientação, é de depararmos com o cliente e com a limitação física, este ficando deitado no leito por algum tempo e, ainda, com a adaptação da nova forma de respirar e de processar a comunicação para se relacionar com as pessoas. Daí a necessidade da enfermeira estabelecer uma interação efetiva com o cliente, proporcionando-lhe atendimento as necessidades básicas afetadas, podendo aumentar a compreensão do cliente quanto à realização dos procedimentos e aumentando a sua condição de bem-estar. (POTTER e PERRY, 2002)

Quando o cliente é internado em uma instituição hospitalar, além da própria doença, reconhecemos a dificuldade deles em manterem a sua privacidade e individualidade, muitos dos clientes descrevem a hospitalização ou internação como um fator de despersonalização. Mesmo protegendo toda a sua privacidade, alguns membros da equipe de saúde ainda consideram inviável a preservação da intimidade do doente, principalmente quando os profissionais necessitam exercer as suas funções no cuidado. Alguns clientes se constrangem com a equipe na hora de uma higiene íntima, uma

aspiração traqueal ou mesmo ante a própria dificuldade em se comunicar com a pessoa que está prestando os cuidados de enfermagem (PUPILIM e SAWADA, 2002).

## **Categoria 2:**

### **Dificuldades na comunicação e no relacionamento interpessoal.**

Sobre esse aspecto, ao serem questionadas sobre as dificuldades encontradas durante a comunicação e o relacionamento interpessoal com o cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, destacamos que a maioria das enfermeiras sente dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva com o cliente impossibilitado de se comunicar verbalmente, principalmente quando a traqueostomia é realizada de uma forma urgente, caracterizando-se em uma situação inesperada para o cliente, conforme podemos observar nos depoimentos abaixo relacionados:

*“ sinto muita dificuldade na comunicação, dificuldade em detectar a dor que o paciente está sentindo ou algum desconforto, porque o paciente fica muito agitado com a traqueostomia e com a saída da secreção traqueal” E1, E10*

*“a maioria dos pacientes são deprimidos, dificultando a interação com a equipe, pois fica com medo de ficar sozinho. Não consigo entender o que o paciente quer dizer, ele fica muito agitado com a presença da traqueostomia, acho que ele não foi preparado, também, às vezes, o paciente é muito “rude e mal educado”, não quer prestar atenção no que estamos explicando e ensinando, dificultando ainda mais o relacionamento com a enfermeira” E3*

*“ tenho dificuldade no entendimento da comunicação não verbal, eu tenho que prestar muita atenção no que o paciente quer dizer, quase não entendo nada” E5*

*“ as dificuldades existem, são devido as próprias comorbidades da idade, deficiência visual, auditiva, falta de conhecimento da doença, às vezes, não sabe ler e nem escrever, como também é pego de surpresa para fazer a traqueostomia rápida’ E4 , E7*

*“ as dificuldades existem, principalmente com os pacientes homens, pois eles apresentam mais dificuldades na aceitação da traqueostomia devido a sua vida “Boêmia, noturna”, vida de fumante, sempre é o cabeça da família, única fonte de renda, e quando se vê doente, internado e, além de tudo, traqueostomizado, é o fim, o desespero” E11*

*“o paciente idoso é mais sensível, o próprio ambiente hospitalar deixa-o apreensivo, apresentando dificuldade de entendimento, gesticula com dificuldade, e, às vezes, torna-se teimoso, coisas da própria idade, não prestando atenção nas nossas orientações’ E10 e E15*

Bertone, Ribeiro e Guimarães (2007), enfatizaram que o enfermeiro deve buscar conhecer o paciente, cultivar a sua confiança através do respeito e empatia cultivados na assistência, deve proporcionar um relacionamento que favoreça a diminuição da ansiedade, fazendo-o perceber que a comunicação pode contribuir no seu processo de restabelecimento.

Paula, Furegato e Scatena (2000) advertem que é muito importante a observação não só da comunicação verbal durante o relacionamento com o paciente, mas também a observação das expressões não verbais acerca do seu sofrimento.

Em oposição às enfermeiras que sentem dificuldades na comunicação e no relacionamento com o cliente traqueostomizado, existem também as enfermeiras que não apresentam dificuldade no relacionamento com o cliente idoso traqueostomizado, conforme destacamos nos depoimentos a seguir:

*“ eu tenho muita paciência, fico muito tempo perto do paciente idoso, acalmando-o, explicando-lhe tudo o que aconteceu, e que o processo de hospitalização é necessário naquele momento” E6*

*“ a assistência de enfermagem é igual para adultos e idosos, mesmo com o paciente com dificuldade de verbalizar, não tenho dificuldade no relacionamento e na comunicação com esse tipo de doente” E12*

Percebemos que mesmo nos discursos das enfermeiras, às que apresentam dificuldade em se comunicar e de estabelecer um relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado no período do pós-operatório imediato, conseguiram interagir com o cliente, ou seja, atendendo as suas necessidades imediatas.

Negrini e Rodrigues (2000), relatam que o relacionamento enfermeira/paciente é a forma eficaz que o profissional tem para ajudar seu paciente com dificuldades, na medida em que possibilita conhecê-lo como pessoa e identificar as suas necessidades.

A enfermeira deve usar a sua capacidade e seus conhecimentos científicos, experiências e vivências quando inicia o seu relacionamento com o paciente, e o paciente deve estar disposto a desenvolver o relacionamento de ajuda, respondendo ao esforço da enfermeira de acordo com a sua capacidade de comunicação. Referindo-se ao doente, é preciso levar em conta o tipo de problema que tem ou está enfrentando, tanto no que tange ao comprometimento causado pela patologia ou nesta situação da comunicação verbal prejudicada, isso vai influenciar na aceitação do relacionamento com a enfermeira. (TRAVELBEE, 1979)

### **Categoria 3:**

#### **Sentimentos apresentados pelo cliente idoso traqueostomizado**

Os sentimentos captados pelas enfermeiras no período do pós-operatório imediato do cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, foram representados pela ansiedade, seguidos do medo, angústia, tristeza e dor.

Alguns estudos apontam que o sentimento de ansiedade e de dor está presente no paciente durante a sua hospitalização, compreendendo que a comunicação, afeta o relacionamento interpessoal enfermeira/paciente, de forma que, a enfermeira demonstrando e verbalizando a sua aceitação, permite ao paciente percebê-la como pessoa em que se pode confiar. Fazendo com que o paciente sinta-se seguro e confortável para expressar os seus sentimentos, facilitando assim, o relacionamento terapêutico. (OLIVEIRA, NÓBREGA, SILVA e FERREIRA ,2005)

O fato de ajudar o paciente a encontrar o sentido da sua enfermidade, está embasado na crença de que a doença pode e deve ser uma experiência de crescimento e aprendizagem, e que isto pode provocar na pessoa um crescimento como ser humano, a partir da consciência do seu próprio sofrimento. Isto ocorre geralmente com as pessoas doentes, que possuem a tendência a acusarem a si mesmas e aos outros como a causa da sua doença, culpando a Deus pela má-sorte, ao destino, aos amigos, à família e aos companheiros de trabalho. A busca dessa culpa faz parte da tentativa da pessoa em encontrar sentido para a sua doença e descobrir razões para o seu sofrimento. Ajudá-lo a enfrentar e suportar essa fase da sua vida, é uma tarefa para a enfermeira que esta assistindo este doente. (TRAVELBEE, 1979)

Nas entrevistas com as enfermeiras foram identificados também sentimentos como: o estresse devido à presença da traqueostomia; baixa auto-estima, por ser um portador da traqueostomia; e a decepção de ser uma pessoa traqueostomizada.

Destacamos algumas falas que evidenciam a situação analisada:

*“eu percebo um estresse desse paciente devido a presença da traqueostomia, ele não sabe por onde respirar, ainda pensa que esta respirando pelo nariz, ... percebo também alguns idosos que choram sentindo falta da família, principalmente da esposa, que fica do lado de fora e não sabe o que está acontecendo” E4*

*“a ansiedade é demonstrada pela dificuldade de se comunicar (verbalmente), através do canal de comunicação que anteriormente existia” E12*

*“acho que o sentimento mais significativo para mim é a decepção, eu percebo que o cliente fica muito pensativo e fazendo sinais com as mãos, como quem diz: porque eu? Só porque fumei muitos anos, só porque eu bebia muita cachaça, porque isso foi acontecer comigo”E14*

*“eu percebo que a auto-estima desse cliente fica muito baixa, principalmente no auto cuidado, ele não quer aprender, fica apático, as vezes percebo que ele sente “nojo” de cuidar da própria traqueostomia” E13*

A expressão de “nojo” é descrita por Silva (2003), como os clientes demonstram por meio do lábio superior levantado acompanhado do lábio inferior e sobrancelha acentuada. Estas expressões aparecem quando lembram da limpeza da ostomia.

Ainda nos reportando aos sentimentos, citamos Knape e Hall (1999) que categorizam e descrevem alguns sentimentos de acordo com as expressões faciais:

- Ansiedade/Angustia: é representada pelo suor na região frontal, palidez, rugas na testa, mordiscagem dos lábios;

- Raiva: representada pela testa enrugada verticalmente, pela junção das sobrancelhas, olhos fechados/tensos ou aberto/firmes;
- Medo: é representada pela testa levantada com rugas horizontais, pálpebras fechando e abrindo rapidamente, expressão séria e rígida, franzimento dos lábios;
- Dor/Incômodo: representado por olhos fechados, rugas na testa, lábios compridos, rigidez na face, comissura labial voltada para baixo, suor frio e choro;
- Tristeza: comissura labial da boca voltada para baixo, sobrancelhas oblíquas, olhar voltado para baixo, choro;
- Alegria: pálpebras levantadas, olhar brilhante, levantamento da bochecha e da boca.

Baseada nas observações e classificações dos sinais faciais torna-se possível a identificação das necessidades do cliente, favorecendo a enfermeira a elaboração do plano de cuidados de acordo com as necessidades básicas afetadas, principalmente nas estratégias que serão utilizadas para a comunicação.

É necessário que a enfermeira esteja atenta as novas possibilidades de interação com o cliente, impossibilitado de se comunicar verbalmente, principalmente o cliente idoso, pois a própria idade dificulta o entendimento frente a novas situações.

#### **Categoria temática 4:**

##### **Estratégias utilizadas para estabelecer a comunicação.**

Ao analisarmos esta categoria verificamos que as enfermeiras selecionaram mais de uma estratégia, possibilitando assim a identificação da melhor ou melhores formas de estabelecer uma comunicação efetiva com o cliente idoso, submetido a traqueostomia de urgência, nas primeiras 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico.

Através da comunicação na vivência profissional, acabamos por atribuir significado a determinados elementos, que não são ditas especificamente. O conhecimento das estratégias de comunicação facilita o desempenho das funções, bem como, melhora o relacionamento entre o enfermeiro e cliente envolvidos na assistência a saúde. (DOBRO, 1998)

Destacamos que, com o passar do tempo, a enfermeira vai alcançando habilidade em comunicar-se, através da utilização da comunicação não verbal. Quando Joyce Travelbee (1979) fala em fazer com que os pacientes sejam entendidos por eles mesmos e pelos outros, se refere àqueles que possuem déficit de comunicação por causa da sua patologia, por isso, ajudar o paciente a se comunicar é uma tarefa da enfermeira.

Nos discursos das enfermeiras podemos identificar que a estratégia mais utilizada foi à comunicação através dos gestos. Portanto, podemos classificar os gestos humanos como emblemáticos, por exemplo, levantar o polegar indicando que está tudo bem, levar a mão ao pescoço indicando falta de ar. Gestos Ilustradores, são utilizados para enfatizar uma frase, pode ser utilizado para indicar que está com dor; Gesto Regulador, são os que regulam e mantêm a comunicação entre duas pessoas, sugerindo que o emissor continue a falar; Gestos de Manifestação Afetiva, são configurações faciais que representam

estados afetivos; Gestos Adaptadores, por exemplo, roer as unhas ficar, brincando com algum objeto.(BIRDWHISTELL, 1970)

Durante o cuidado de enfermagem os clientes submetidos a traqueostomia de urgência, no primeiro momento, tentavam expressar através da expressão facial o que estavam sentindo ou estavam querendo, através, por exemplo, de gestos chamando a atenção da equipe de enfermagem, na tentativa de informar algum desconforto ou dor.

A área do rosto é muito expressiva, a expressão facial transmite uma interação social, pois pode mostrar o estado emocional, ou seja, momentos de alegria, dor e tristeza. Diante da situação do procedimento cirúrgico de urgência e da hospitalização inesperada, a enfermeira, muitas das vezes, tenta entender o significado da mensagem que o cliente traqueostomizado quer transmitir, para minimizar o impacto da realização da traqueostomia, principalmente no que tange a perda da voz.

A utilização de papel e lápis foi uma das estratégias mais utilizadas, porém quando o cliente não era alfabetizado, este recurso se tornava inválido, principalmente quando o cliente idoso não tinha hábito de escrever. Outras estratégias foram mencionadas, por exemplo: a leitura labial onde era necessário um certo conhecimento, e entendimento, do processo de comunicação com pessoas especiais, como surdos e mudos, além da necessidade da enfermeira posicionar-se de frente ao cliente e prestar muita atenção na leitura labial, coisa que não é muito fácil para quem não tem muita experiência na realização desta técnica; o contato físico também foi lembrado em alguns depoimentos, pois este contato pode ocorrer de várias maneiras, como o afagar, segurar a mão do cliente, mostrar-lhe onde está a traqueostomia, são momentos de intensidade no relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado, o que é confirmado nos dizeres das enfermeiras:

*“eu gosto de tocar no meu cliente, mostrar-lhe que ele não está sozinho, que pode contar com toda a equipe de enfermagem” E6*

*“ segurar a mão do cliente idoso, para mim é fundamental, acho que é um gesto de muito carinho, neste momento tão importante e problemático para ele, “o segurar em sua mão seria um contato físico muito intenso, transmitimos muita segurança para o cliente” E6; E8; E10; E11; E13*

*“ a presença da família ao lado do cliente facilita a comunicação e a interação, serve como “ponte” ou “elo” de ligação entre a enfermagem a o cliente idoso traqueostomizado” E 10*

Uma das enfermeiras entrevistadas apontou a postura do cliente no leito com uma estratégia de comunicação e de interação enfermeira/cliente, pois a postura reflete o estado emocional da pessoa, a maneira de como ela esta se sentindo, os movimentos das mãos cerrando os punhos indicando um sinal de raiva, a posição da cabeça levantada ou abaixada, podem transmitir alguma informação, o aceno da cabeça pode indicar que a pessoa pode continuar falando atuando como reforço na interação com a enfermeira. (SILVA, 1996)

*“a postura do paciente no leito nos diz muita coisa, o modo dele deitar, a posição dos braços junto ao corpo, a posição da cabeça, me fala muita coisa, como por exemplo eu não quero “falar” com ninguém, estou desapontado com tudo o que aconteceu, não quero conversa”E 12*

Outra manifestação sobre estratégias utilizadas para estabelecer uma comunicação efetiva foi a estratégia do carinho e paciência com a pessoa doente e necessitada.

*“a paciência é muito importante nessa hora crítica, pois é nesse momento que o cliente percebe que não pode mais falar, nós precisamos proporcionar todo o conforto e muito carinho, porque o cliente idoso possui muita dificuldade de entendimento, principalmente na hospitalização de urgência” E 13*

Uma estratégia muito utilizada para estabelecer a comunicação e o relacionamento interpessoal enfermeira/cliente foi à utilização da lousa mágica (Figura 1), porém esta estratégia só foi identificada nos depoimentos das enfermeiras lotadas no pós-operatório imediato na SRPA.

A utilização da lousa mágica como estratégia para facilitar a comunicação com o cliente, foi devido também a falta da família para intermediar a interação, pois na SRPA não é permitida a presença de acompanhantes, exceto crianças, e casos excepcionais ou autorização da chefia imediata.

Podemos destacar que o próprio ambiente da SRPA não é adequado para a permanência de clientes por muitas horas, é um setor de curta permanência, destinado apenas para a recuperação anestésica, e não para permanência de clientes operados de emergência e/ou urgências e que, por falta de leito disponível, permanece neste setor.

*“a utilização da lousa mágica na RPA é de grande importância para a equipe, isso lógico quando o paciente sabe escrever, mesmo não sabendo ele rabisca alguma coisa e dá pra gente entender, é de fácil utilização, pois o cliente pode escrever deitado ou em qualquer posição, também é de fácil limpeza” E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7*

Smelter e Bare (2002) recomendam que o enfermeiro deve utilizar um instrumento que inicie a comunicação com o paciente no período pós-operatório, estes afirmam que a utilização de um quadro branco é freqüentemente utilizado.

No estudo de Melles e Zago (2001), a utilização da lousa mágica foi de grande importância na área da comunicação com o paciente laringectomizado, ou seja, o paciente que estava impossibilitado de se comunicar verbalmente, contudo este recurso também foi recusado por alguns pacientes com a justificativa de que seria uma brincadeira infantil. A lousa mágica é um quadro branco, de tamanho variado e que só

pode ser escrito em sua base com canetas apropriadas. É um recurso barato, de fácil uso para os pacientes se comunicarem com as enfermeiras.

A aprovação da lousa mágica pelos pacientes traqueostomizados foi um recurso aprovado por 96% dos sujeitos pesquisados no estudo de Melles e Zago (2001), como recurso que favoreceu a comunicação não verbal com a enfermeira.



Figura 2: Comunicação enfermeira/cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência, utilização da Lousa mágica na RPA

### **Categoria 5:**

#### **O Relacionamento Interpessoal Enfermeira/Cliente/Família**

Nesta categoria visamos destacar o relacionamento da enfermeira com o cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência e seu familiar. Encontramos nas descrições dos depoimentos que a maioria das enfermeiras estabelecem o relacionamento com o familiar. Destacamos que a assistência ao cliente e sua família, por vezes, refere-se ao

apoio emocional e não podemos esquecer que do lado de fora, no corredor, na sala de espera, existe uma família apreensiva e angustiada por notícias do seu ente querido, principalmente, quando o familiar não pode permanecer em sua companhia.

Pinho e Kantorski (2004) classificam a família como uma extensão das interações sociais com os pacientes e que sofrem igualmente com o distanciamento imposto pela internação, tornando a família desestabilizada física e emocionalmente. Por isso, cabe ao enfermeiro estabelecer essa intermediação, apoderando-se dos pressupostos do relacionamento interpessoal e do processo de comunicação para esclarecer as condições de saúde do paciente, assim como, esclarecer para o paciente hospitalizado que todas as informações foram relatadas a sua família.

Deste modo, a comunicação torna-se essencial para uma melhor assistência ao cliente idoso traqueostomizado e sua família, que estão vivendo um processo de hospitalização, que pode resultar em estresse e sofrimento. Dessa forma, o enfermeiro torna-se capacitado a reconhecer a interação enfermeiro/cliente/família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos os envolvidos na interação, contribuindo para uma assistência de enfermagem mais humanizada.

Nesse contexto, o enfermeiro possui o compromisso e a obrigação de incluir a família nos cuidados a saúde. A presença da família favorece ao bem-estar do cliente, fazendo com que o enfermeiro considere a assistência centrada na família como parte de uma estratégia para favorecer a comunicação no relacionamento interpessoal, com o cliente idoso oncológico impossibilitado de se comunicar verbalmente.

Constitui-se um grande desafio para o enfermeiro estabelecer uma comunicação efetiva no relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado. Este

contexto possibilita alguns questionamentos acerca das estratégias utilizadas na identificação das necessidades e no planejamento da assistência de enfermagem.

Joyce Travelbee (1979) define a relação interpessoal terapêutica como um processo de comprometimento e troca de saberes, objetivando um trabalho em conjunto, enfermeiro/cliente/família.

É importante abordar a necessidade da humanização no cuidado de enfermagem aos clientes idosos traqueostomizados e também ao seu familiar. A comunicação, nesta tríade, favorece um relacionamento de confiança e, conseqüentemente, bons resultados para a prestação de uma assistência de enfermagem com qualidade.

Após a descrição dos depoimentos dos sujeitos entrevistados, destacamos alguns relatos da interação enfermeiro/cliente/família.

*“sim, aqui na RPA entramos em contato com a família após o procedimento realizado, orientando quanto a alta hospitalar no dia seguinte, tranqüilizamos o familiar do paciente traqueostomizado, pedimos alguma informação caso o paciente tenha dificuldade em interagir com a equipe” E1; E2; E5; E6 e E8*

*“orientamos o familiar sobre o procedimento cirúrgico, tranqüilizamos a família, porém só permitimos a visita ao paciente no pós-operatório imediato na RPA se houver interesse do mesmo, caso contrário não, pois o paciente fica muito agitado quando a família o vê com a traqueostomia e internado no hospital” E7*

*“aqui na UI da CP nós buscamos construir o cuidado a esse cliente com o seu familiar/cuidador, logo após a sua internação, pois o familiar fica mais tranqüilo, o que reduz a ansiedade do cuidado com a traqueostomia quando o paciente tem a alta para a residência” E12*

*“na UI da CP nós solicitamos o acompanhante, quando o paciente é muito dependente e não consegue interagir com a equipe. Cuidar do paciente idoso é sempre uma situação desafiadora no nosso dia a dia” E11*

*“durante o período diurno nós conseguimos estabelecer uma comunicação efetiva com o familiar explicando tudo o que aconteceu com o paciente, porém no período noturno quando ele chega de urgência fica mais difícil, pois ele se encontra sozinho, só conseguimos alguma interação no dia seguinte” E10*

*“ nós acionamos o serviço social para solicitar algum familiar para o paciente idoso, porque ele tem direito” E7; E8; E9*

Nos depoimentos, somente duas enfermeiras relataram que não fazem contato com o familiar, por falta de tempo, pois a prioridade é o paciente procedente da cirurgia, geralmente, o contato é realizado no dia seguinte durante as orientações da alta hospitalar.

*“ só encontramos a família no dia seguinte, no dia da alta, quando fazemos as orientações” E3 e E4*

*“ quando possível fazemos contato por telefone para avisar que o paciente está de alta e que precisa de algum familiar para buscá-lo” E3 e E4*

Durante o relacionamento com os familiares observamos reações emocionais diversas, sentimentos como o medo, angústia e o desconhecimento do que realmente aconteceu com o cliente.

Diante dos depoimentos, sobre o relacionamento interpessoal com os familiares do paciente idoso, tenta-se compreender as suas necessidades, identificar algumas prioridades e quando possível minimizar os transtornos ocorridos devido à hospitalização do seu familiar, a realização da traqueostomia de urgência, buscando prestar um cuidado de enfermagem integral para o cliente e seu familiar.

Dentro da RPA, quando observamos que o cliente está muito aflito e preocupado com a família, a enfermeira responsável permite que um familiar o visite para saber da real situação e também para receber algumas orientações sobre o cuidado com o cliente e a traqueostomia. Como a RPA é um setor fechado e restrito, as orientações são fornecidas na medida do possível. (figura2)



Figura 3: Comunicação e interação enfermeira/cliente idoso/família na RPA

Na UI da CP, os familiares ou cuidadores já começam a ser orientados quanto a manipulação e limpeza da traqueostomia, da sonda nasoenteral (SNE) e também sobre como cuidar da ferida. A enfermeira proporciona um ambiente seguro e tranquilo para realizar as orientações aos familiares, desenvolvendo habilidades com a família que contribuirão para a reabilitação do cliente, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Durante a parte educativa com os clientes e com os familiares, na UI da CP, são distribuídos folhetos informativos sobre orientações aos pacientes traqueostomizados e

orientações para o cuidado das sondas nasoenterais, assim como, explicações e retiradas das dúvidas, quando necessário. (ANEXO 3)

Outro fator importante é o ambiente familiar, que funciona como um elemento essencial para a melhoria da qualidade de vida do cliente portador de câncer, pois a presença da família como acompanhante dos clientes idosos, é essencial para o cuidado de enfermagem, pois o próprio cliente se sente mais tranquilo, minimizando o impacto da realização da traqueostomia de urgência, assim como da descoberta da doença.

O ser humano não vive sozinho, mas em um contexto social em que a família é considerada como o apoio mais próximo. Por isso, a enfermeira para cuidar do doente, deve também ver a família como parte integrante do contexto.

A comunidade possui um papel fundamental na recuperação do doente. Para Travelbee a comunidade é definida como um grupo de pessoas que vivem dentro de uma área geográfica determinada e que se relacionam entre si. Refere ainda que toda a atenção que a enfermeira oferece pode ser individual ou grupal, englobando também a família, direta ou indiretamente. Quando a atenção esta direcionada a família, esta pode ajudar as pessoas a enfrentarem o sofrimento pela doença e, indiretamente, a família pode ajudar o próprio paciente a conhecerem os recursos disponíveis na própria comunidade.

Travelbee (1979), considera que cada ser humano experimenta um aprendizado onde cada um é afetado com pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro, inferindo que o profissional que trabalha com as famílias dos doentes deve ter consciência de seus conceitos, pensamentos e atitudes, para que estes não interfiram no relacionamento interpessoal enfermeiro/família.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou a comunicação no relacionamento interpessoal da enfermeira com o cliente idoso oncológico, submetido a traqueostomia de urgência, no período do pós-operatório imediato, constatando a importância e a complexidade do tema, considerando que o processo de comunicação representa a base para o relacionamento interpessoal.

Diante da ameaça à integridade física, pode ocorrer uma desestruturação no comportamento do cliente idoso, pois o ato cirúrgico (traqueostomia) é caracterizado por um estado de desconforto, que envolve perda ou ameaça da identidade, afetando as principais necessidades fisiológicas: alimentação, respiração e comunicação.

Ao analisarmos os achados resultantes desse estudo, algumas considerações merecem destaque: Evidenciamos que as enfermeiras possuem uma limitação referente ao processo de comunicação não verbal e interação com o cliente traqueostomizado. Contudo, a vivência da prática diária nos faz crer que mesmo com todas as dificuldades de comunicação, é possível desenvolver um processo do cuidado, com enfoque no atendimento das necessidades dos clientes.

Desse modo, deve-se ressaltar que o enfermeiro não se limita somente a executar as prescrições médicas, mas principalmente atender às necessidades individuais de cada pessoa, caminho que leva à compreensão do cuidar e que contempla a relação enfermeiro/paciente. SALES (1997)

Travelbee (1979), acredita que o cuidado de enfermagem necessita de uma revolução humanística, ou seja, o enfermeiro deve cuidar interagindo com o paciente,

com o compromisso de ajudar, evitar e aliviar aflições desencadeadas por necessidades não atendidas, sendo elas subjetivas ou não.

Entendemos, portanto, que nas primeiras 24 horas após o cliente ser submetido a traqueostomia, a enfermeira deve favorecer a proximidade com o cliente e, se necessário, com a sua família, aprofundando-nos mais no relacionamento interpessoal.

A convivência com clientes idosos traqueostomizados nos proporcionou a oportunidade de reflexão para se obter o próprio conhecimento, isto é, a clareza nas idéias, nos nossos valores e expectativas, estimando a valorização do ser humano.

Verificamos que algumas estratégias são utilizadas para estabelecer a comunicação no relacionamento com o cliente idoso, cada qual, com a sua especificidade e compreensão por parte das enfermeiras entrevistadas. Estratégias, como utilização dos gestos, mímica labial, papel e lápis, postura no leito, toque e lousa mágica, são utilizadas para estabelecer a interação entre enfermeira e o cliente idoso, submetido a traqueostomia de urgência. De acordo com cada estratégia utilizada tivemos a oportunidade de analisar qual seria a melhor para facilitar a interação com o cliente idoso impossibilitado de se comunicar verbalmente. Diante dos depoimentos, a lousa mágica foi a mais utilizada, devido a RPA ser um ambiente fechado e restrito, ficou claro que as enfermeiras preferem utilizá-la, porém este recurso só é utilizado quando o cliente é alfabetizado.

No cenário da unidade de internação da cabeça e pescoço, foi mais utilizado os gestos e a presença da família para ajudar a decodificar algumas mensagens do cliente,

O processo de hospitalização traz vários transtornos para o cliente e seu familiar, então, o enfermeiro deve utilizar algumas estratégias para estabelecer uma interação

entre o cliente e a família, uma delas seria ter atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia.

Nos depoimento das enfermeiras, constatamos algumas dificuldades de comunicação com o cliente e seu familiar, isso ocorreu devido às diversas reações e sentimentos, como medo do desconhecido, a descoberta da doença, a insegurança e as expectativas para o futuro.

Outra situação observada foi à influência do ambiente, do cenário do estudo, na Recuperação Pós-Anestésica, devido a este não ser um setor apropriado para a permanência do cliente idoso traqueostomizado por mais de 24 horas, conforme foi citado anteriormente, pois é um setor fechado e restrito, permitindo apenas a circulação da equipe do CC e RPA. Com isso, conseqüentemente, o cliente sente falta do contato externo e também do familiar, como também de deambular, se alimentar e de receber visitas. Por sua vez, na Unidade de Internação da Clínica Cirúrgica da cabeça e Pescoço, o cliente, após a realização da traqueostomia, pode deambular sempre que necessário, alimentar-se e ficar em companhia do seu familiar, favorecendo uma comunicação efetiva e um relacionamento interpessoal entre enfermeiro/cliente/família mais afetivo.

Portanto, a comunicação é um ponto positivo que permeia o relacionamento interpessoal terapêutico, na medida em que conseguimos estabelecer estratégias para compreender as necessidades do cliente idoso oncológico traqueostomizado e impossibilitado de se comunicar verbalmente.

O direcionamento do cuidado de enfermagem encontra-se aliado ao cuidado técnico, mas também no relacionamento enfermeiro/cliente/família, favorecendo uma assistência com qualidade nesta tríade.

O processo de hospitalização traz vários transtornos para o cliente e seu familiar, então, devemos utilizar estratégias para estabelecer uma interação efetiva por meio de atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia.

Frente à importância de um meio de comunicação com os clientes traqueostomizados nas primeiras 24 horas, e para sua integração no contexto hospitalar, é fundamental buscar recursos que facilitem a interação com esse cliente, seja através da comunicação verbal ou não verbal.

Esperamos que este estudo possa favorecer o ensino e a pesquisa, pois pretendemos dar continuidade a investigações da nossa prática assistencial com o cliente idoso oncológico traqueostomizado, incluindo, sempre que possível, a participação da família no cuidado, orientado pela enfermeira, contribuindo para solução de problemas, mediante o desenvolvimento de ações e orientações, possibilitando o próprio autocuidado do cliente, quando for para a residência, e sempre com a participação da família.

---

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

**ALVES, D. Y. A Comunicação do enfermeiro com o cliente oncológico traqueostomizado na recuperação pós-anestésica: Sistematização de conduta.** 2003. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Oncológica, Instituto Nacional de câncer – INCA. Rio de Janeiro.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGINA, A.C.G. A Comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.41, n.3, 419-25 2007.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A Comunicação com o paciente sob os cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. Esc. Enf. USP.**v. 41, n.4, 668-74, 2007.

ARAÚJO, I. A Conversão do olhar. São Leopoldo. 2000. 280p.

ASSOCIATION OPERATING ROOM NURSE (AORN). **Standander Recommended Practices and Guidelines.**Denver, AORN, 1999. p. 147-51.

ATKINSON e MURRAY. **Fundamentos de Enfermagem: O Processo de Comunicação Interpessoal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1989. p. 55-66.

AURÉLIO: Dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2007.

AYOUB, A.C. et al. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica:** assistência de enfermagem em cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo: Lemar, 292 p.2000.

BAILES, B.K. Perioperative care of the elderly surgical patient. **AORN J.**, v.72, p. 186-207, 2000.

BARACAT, F. F. Et al. **Cancerologia Atual**: Um enfoque multidisciplinar: Princípios geriátricos em oncologia. São Paulo: Roca, 2000.

BARBOSA, M. A.; OLIVEIRA, M. A de; DAMAS, K. C. A ; PRADO, M. A do. Língua Brasileira de sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**; v.11, n.3, 247-251, set – dez. 2003.

BARCELOS, A.M.C.; GOMES, A.O.; LACERDA, F.C.A. Importância da comunicação não verbal na Prática de Enfermagem em Terapia Intensiva. **Rev. Enfermagem Atual**, mar/abr, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa. Edições 70, 2000.

BIRDWHISTELL, R.L. **Kinesic and context**. Philadelphia: University Pennsylvania Press, 1970.

BERTONI, T.B.; RIBEIRO, A.P.S.; GUIMARÃES, J. Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. **Rev. Fafibe on line**, n.3, ago, 2007.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. São Paulo, Brasiliense, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência á Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto nacional de Câncer. Coordenadoria de programa de Controle do Câncer - Pró-Onco. Assistência de Enfermagem em Oncologia. **In Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**. Rio de janeiro, INCA/Pró-Onco, p.69-149, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto nacional de Câncer. Coordenadoria de programa de Controle do Câncer - Pró-Onco. Assistência de Enfermagem em Oncologia. **In Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro, INCA/Pró-Onco, p.87-88, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer, coordenação, prevenção e vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL, Presidente da República. **Decreto nº 1948, de 03/06/1996** que regulamenta a Lei nº 8.842 de 03/06/1994 que dispõe sobre a Política do Idoso. Diário Oficial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.Saúde.gov.Br

Câncer/Oncologia/Tumor. **Câncer cabeça e pescoço**. Disponível em: <http://www.drashirleydecpos.com.br

CABRAL, I. E.; TYRREL, M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. IN; GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em Enfermagem – novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CAPOVILLA, F. C.; CAPOVILLA, A. G. S.; MACEDO, E. C. de. O uso de sistemas alternativos e facilitadores de comunicação nas afasias. **Rev. Distúrbio Comum**, v.9, n.2, p. 233-59, jun. 1998.

CASCIATO, L. H. Tumores de cabeça e pescoço: In: CLARK, J. C. McGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**. Porto Alegre, Artes Médicas, cap. 35, p. 485-505. 1997.

CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória- Um modelo conceitual. **Rev. Esc. Enf. USP**, V.24, n.3, p. 359-70, 1990.

Conselho Federal de Enfermagem do Rio de Janeiro (COFEN/RJ). Brasil. **Resolução nº 272/2004** Disponível em <http://www.coren-rj.org.br>. Acesso em Dezembro de 2007.

COLLIERE, M.F. Uma nova enfermeira? **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato das Enfermeiras de Lisboa, p. 189-207, 1998.

COSTA, C. A; FILHO WILSON, D. L.; SOARES, N. V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexão junto á equipe. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), v.56, n3, p. 310-14, maio-jun, 2003.

CRISTÓFORO, B.E.B.; ZAGONEL, I.P.S.; CARVALHO, D.S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão a Luz da Teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**. Jan/Abr, 2006.

CLARCK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem Oncológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CUTRIGHT, L.H. Tumores de cabeça e pescoço. In: CLARCK, S. C. Mcgee, R. F. **Enfermagem em oncologia**. Porto Alegre, Artes Médicas, cap. 35. p. 485-505.1997.

DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983. 135p.

DOBRO, E.R.H. et al. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.3, p. 255-261, 1998.

FERREIRA, ABH: Novo Aurélio: Dicionário da Língua Portuguesa.Curitiba. Positivo, 2007

FERREIRA, M.A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Rev. Bras. Enferm. V.59, n.3, p.; 327-30, maio-jun. 2006

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando o cuidar de clientes em situação clínicas e cirúrgicas**. São Paulo. Ed. Difusão Paulista de enfermagem, 2002.

FUREGATO, AR.F. **Relações interpessoais terapêuticas na Enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GALAZKA, S. S. Perioperative evaluation of the elderly surgical patient. **J. Farm. Pract.**, V. 27, n.6, p. 622-32, 1998.

GODINHO, T.; RISTORI, D.F.A.; XAVIER, I.M. SAMPAIO, C.E.M. organizadores. **A Trajetória da mulher na educação brasileira 1996-2003**. Brasília (DF): INEP, 2006.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora:EPU, p.99. 1979.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: Visão de familiares sobre a adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.39, n. 4, 2005.

KANAPP, MARKL e HALL, JUDITH, **A comunicação não verbal na Interação humana**. São Paulo. Editora JSVV,1999.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO A. L. Câncer de Cabeça e Pescoço. **In: Planejando o cuidado na enfermagem oncológica**, 2000, cap. 11, p. 95-105.

LIMA, M.J. **O que é enfermagem?** 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, (Coleção primeiros passos, 277), 1994.

MACHADO, W.C.A.; FIGUEIREDO, N.M.A. Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência de quase morte. **Rev. Latino.Am.Enferm.**2001, v. 9, n.9, p.76-82.

MEDINA, R. F.; BACKES, V. M. S. A humanização no cuidado ao cliente cirúrgico. **Rev.Bras. Enf.**,v. 55, n.5, p. 522-27, set – out. 2002.

MEEKER, H. M.; ROTHROCK, C. J. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.**10 ed.;Rio de janeiro: Guanabara Koogan,1997.

MELLES, A.M.; ZAGO, M.M.F. A Utilização da louza mágica na comunicação com o traqueostomizado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 73-79, jan, 2001.

MEILEIS, A.I. On interactions. In:\_\_\_\_\_. **Theoretical nursing desenvolvimento & progress.** New York: Lippincott, 1997.

MENDES, I.A.C.; TREVISAN, M.A.; HAYASHIDA, M.; NOGUEIRA, M.C. Enfermagem, vínculos humanos e direitos dos pacientes. In: MENDES, I.A.C.; CAMPOS, E. Comunicação como meio de promover a saúde, 7º Simpósio de comunicação em enfermagem. **Anais. FIERP.** Ribeirão Preto, p. 215-218, 2000.

Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar. **Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.** Rio de janeiro: CBA:UERJ, CEPESC, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde, ed. 8ª, São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Ed. Vozes. Ed. 25º. Petrópolis, Rj:Vozes, 2007.

NAIME, F. F. Princípios geriátricos em oncologia. **In: Cancerologia Atual: Um enfoque multidisciplinar.** São Paulo: Roca, p.452-459, 2000.

NEGRINI, M. R.; RODRIGUES, A R. F. Relacionamento terapêutico enfermeiro paciente junto a mulheres mastectomizadas. **Revista o Mundo da Saúde**, v.24, n.4, p. 16-22, 2000.

NOGUEIRA, M. A.; CAETANO, J. A; PAGLIUCA, L. M. F. Interpretação da Comunicação não verbal de um grupo de surdos. **Rev. RENE**; v.1, n.1, jan-jun.2000.

OLIVEIRA, P.S. de; NÓBREGA, M. M. L. da; SILVA, A. T. da; FILHA, M. O. F. A Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.1, p. 54-63, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

PAGLIUCA, L.M.F. A arte da comunicação na ponta dos dedos: a pessoa cega. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, abr, 1996, v.4, n. especial, p. 127-138.

PAPALÉO NETTO M., **Gerontologia: Velhice e envelhecimento um uma visão globalizada.**São Paulo: Atheneu, 1996.

PIMENTA L. G. **Cirurgia geriátrica.** Rio de janeiro: Medsi, 1998. cap. 23, p.315-26.

PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciecy y Enfem**, v.10, n.1, 67-77, 2004

POLIT, F. D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem.** Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção á saúde**. 2ªed. Porto Alegre: Artemed, 2005.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico**. São Paulo: Iátria, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.

PUPLIM, J.S.L.; SAWADA, N.O Reflexão acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionado a invasão de privacidade. No **8º Simp. Bras. Comum. Enf.** Maio, 2002.

RODRIGUES, A.R.F. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental**. Ribeirão Preto, Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.

SALES, A.S. O cuidado de enfermagem: Uma visão fenomenológica do ser leucêmico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Escola Paulista de Medicina; Universidade Federal de São Paulo, 1997.

SANTOS, M.S.S.; FUREGATO, A.R.F.; SCATENA, M.C.M. Vivência e análise de ajuda terapêutica com cliente alcoolista. **Rev. Cogitare Enferm.** v. 11, n. 3, set/out, p. 206-10, 2006.

SANTOS, K.M.A; SILVA, M.J.P. da. Pacientes idosos e sua percepção sobre a comunicação verbal e não verbal com a equipe de saúde na instituição hospitalar. **Rev. Paulista Enf.** V. 22, n.1, p. 43-50, jan-abr, 2003.

SAWADA, N.O.; ZAGO, M.M.F.; GALVÃO, C.M.F.E.; BARICHELO, E. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado. **Rev. Latino-am. Enf.** v.8, n.4, p72-80, ago, 2000.

SILVA, L. S. L.; PINTO, m. H.; ZAGO, M. M. F. Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período perioperatório. **Rev. Brasileira de cancerologia**. v. 48, n. 2, p. 213- 21, 2002.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo, Gente/CEDAS, 1996. 133p.

SILVA, M.J.P. da.; OLIVEIRA, P.S. Comunicação não verbal de pessoas portadoras de ostomias por câncer de intestino. **Rev. Bras. Enf.**, v. 56, n. 2, p.130-132, março-abril, 2003.

Sociedade de enfermeiros do centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização. **Práticas recomendadas – SOBECC**. São Paulo, 2007.

SOMAVILLA, V.E.C. **Comunicação em saúde:entre expectativas de saúde das mulheres do meio rural e prática dos profissionais da rede pública**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UNISC, 2001.

STEFANELLI, M. C. Importância do Processo de Comunicação na Assistência de Enfermagem. **Rev.Esc.Enf. USP**. São Paulo, v.15 ,n.3, p. 239-45, 1981.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe; 1993.

SMELTER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 7º ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

STUART, G. W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica**. 4ª ed. Rio de janeiro: Reichman e Affonso editores, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colombia: Carvajal; 1979.

WAIMAN, M.A.P.; ELSÉN, I.; MARCON, S.S. Possibilidades e limites da Teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado á família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**; v.8, n.2, p. 282-291, 2006.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 3<sup>a</sup> ed.; 2001.

WATSON, J. Nursing: **The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown and company, 1998.

WOLFF, L.D.G. Uma construção á reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de enfermagem. **Rev.Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.1, p. 34-38, 1996.

ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N.O. Assistência multiprofissional na reabilitação de comunicação da pessoa laringectomizada. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 32, n. 1, p.67-72, 1998.

---

# APÊNDICES

---

**APÊNDICE 1: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ENFERMEIRO.**

Para coleta de dados o instrumento constará de perguntas abertas e fechadas abordando a temática em questão.

**Título da Pesquisa:** A Comunicação e o relacionamento interpessoal enfermeiro/ cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência.

**Pesquisadora:** Denise Yokoyama Alves

Data: \_\_/\_\_/\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

1) Perfil Profissional:

a) Sexo: ( ) F ( ) M

b) Tempo de formado: \_\_\_\_\_

c) Qual o seu setor: \_\_\_\_\_

d) A quanto tempo atua neste setor: \_\_\_\_\_

e) Idade: 20 – 30 anos ( )

31 – 40 anos ( )

41 – 50 anos ( )

> de 60 anos ( )

f) Possui alguma qualificação na área da oncologia?

2) De que forma ocorre a comunicação e o relacionamento interpessoal entre você e o cliente idoso submetido a *traqueostomia de urgência* nas primeiras 24 horas de pós-operatório imediato?

---



---



---



---



---

3) Você sente alguma dificuldade em estabelecer um relacionamento interpessoal com o cliente idoso traqueostomizado no período do POI?

( ) sim ( ) não

Em caso de afirmativo, qual dificuldade?

---

---

---

4) Que sentimentos você conseguiu captar quando o cliente idoso traqueostomizado tentou estabelecer uma comunicação?

ansiedade  angustia  raiva  medo  dor  afetividade  tristeza

alegria  outros Especifique: \_\_\_\_\_

5) Na sua opinião houve uma comunicação efetiva favorecendo um relacionamento interpessoal durante os cuidados prestados ao cliente idoso traqueostomizado?

sim  Não

Em caso negativo, especifique?

---

---

6) Quais são os meios ou formas de comunicação que você utilizou para estabelecer o relacionamento interpessoal com o idoso?

gestos  fala  expressão facial  toque  leitura labial  cartazes  papel e lápis  outros Especifique: \_\_\_\_\_

7) Existe algum contato/interação com o familiar do cliente idoso após a realização da traqueostomia de urgência?

sim  não Em caso de afirmativo, que tipo de contato?

---

---

---

# **ANEXOS**

---

**ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer  
Comitê de Ética em Pesquisa /INCA

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título da Pesquisa: “A Comunicação e o relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência”.**

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar de um estudo para pesquisa na área de Enfermagem intitulado “A Comunicação e o relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso submetido a traqueostomia de urgência”. Você foi selecionado por fazer parte da Equipe de Enfermagem lotada nas unidades de internação da clínica da cabeça e pescoço e na recuperação pós-anestésica do HC I/INCA local onde será realizado o estudo, a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com sua chefia imediata ou com a instituição.

Este estudo é relevante para o Instituto Nacional de Câncer como órgão do Ministério da Saúde, pois tem como justificativa de contribuir para o conhecimento da importância da comunicação e do relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência no período do pós-operatório imediato com enfoque na melhoria da assistência de enfermagem. Vale ressaltar que foram encontrados poucos estudos na literatura brasileira referindo-se a comunicação e ao relacionamento interpessoal com o cliente idoso oncológico, em particular, ao cliente traqueostomizado de emergência, em que após a realização do procedimento cirúrgico anestésico o cliente fica impossibilitado de se comunicar

verbalmente. Encontra-se em conformidade com a Política Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH/MS, 2001), justamente por se tratar de um período em que os indivíduos passam por grandes transformações, tanto física quanto psíquica, necessitando de um ambiente agradável e de ajuda para diminuir ou evitar o desequilíbrio das necessidades básicas e no processo de adaptação, assim como, está em consonância com os Padrões da Acreditação Hospitalar na função do cuidado do paciente que versa sobre: Políticas e Procedimentos para idosos, vulneráveis e crianças.

### **Objetivo do Estudo**

Este estudo tem como principal objetivo investigar através do discurso dos enfermeiros o conhecimento e a prática sobre a comunicação e o relacionamento interpessoal com o cliente submetido a traqueostomia de urgência no período do pós-operatório imediato do INCA/MS e identificar os meios mais utilizados na comunicação com o cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência.

### **Procedimentos do estudo**

O pesquisador principal entrega o “Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido” aos enfermeiros da Unidade de Internação da Clínica da Cabeça e Pescoço e na Sala de Recuperação pós-anestésica do Hospital do Câncer I/INCA, para que os mesmos esclareçam as dúvidas. O trabalho é de campo, constará de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 1) com os enfermeiros que prestam assistência ao paciente idoso traqueostomizado no período do pós-operatório imediato do Hospital do Câncer I. Esta técnica de entrevista foi eleita por poder combinar perguntas abertas e fechadas, existindo a possibilidade do entrevistado conversar sobre o tema proposto, sem que as respostas sejam pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2004). Antes da entrevista, serão esclarecidas algumas dúvidas sobre a pesquisa aos sujeitos (enfermeiros). Os depoimentos serão coletados em dia, hora e local pré-agendados pelos sujeitos que concordaram e autorizaram a sua participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas terão duração de 30 a 60 minutos. Utilizaremos um instrumento auxiliar chamado de diário de campo onde serão registradas algumas situações observadas pelo pesquisador e que não sejam relatadas na

entrevista. Os depoentes não serão identificados pelos nomes, poderão utilizar nomes fictícios.

### **Métodos alternativos**

Você tem a opção de não querer participar da entrevista, caso não concorde em participar devolver o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido em envelope lacrado e sem identificação para o pesquisador.

### **Riscos**

**Determinadas perguntas durante a entrevista poderão gerar algum desconforto emocional, neste caso, você não precisa se sentir obrigado a respondê-las.**

### **Benefícios**

O benefício potencial da participação dos respondentes no estudo é que os mesmos ajudarão na identificação dos meios de comunicação para facilitar o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente idoso oncológico com câncer na região da cabeça e pescoço submetido a traqueostomia de urgência, visando à humanização da assistência de enfermagem oncológica.

### **Acompanhamento, Assistência e Responsáveis:**

Tal aspecto não se refere ao objeto que se pretende alcançar.

### **Caráter confidencial dos registros**

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu nome não será revelado em qualquer relatório, publicação ou apresentação resultante deste estudo. A entrevista será mantida em armário com chave, sob total responsabilidade do investigador principal, cujo acesso só será permitido aos investigadores envolvidos neste estudo.

**Tratamento médico em caso de danos**

Tal aspecto não se refere ao objeto que se pretende alcançar.

**Custos (Ressarcimento e indenização)**

Não haverá qualquer tipo de ressarcimento, pagamento ou indenização devido à sua participação neste estudo.

**Bases da Participação**

È importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interrompê-la a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Sua participação consistirá em responder as perguntas da entrevista.

**Garantia de esclarecimentos**

Você poderá fazer qualquer pergunta que desejar a qualquer momento, ou seja, antes, durante e após responder todas as perguntas da entrevista. Para isso, você deverá entrar em contato com o Enf<sup>a</sup> Denise Yokoyama Alves no telefone (21) 2506-6369. Se você necessitar tirar outras dúvidas com relação ao estudo, também pode contar com uma terceira pessoa imparcial, a Coordenadora do Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer - Dra. Adriana Scheliga – Rua André Cavalcanti 37, telefone (21) 3233-1410.

**Declaração de Consentimento e Assinatura**

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e a não existência de 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 neste estudo.

Entendo que sou livre para aceitar ou recusar participar deste estudo, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem prejudicar o meu relacionamento com a minha chefia ou com a instituição.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Assinatura do sujeito da pesquisa.)                      dia    mês    ano

\_\_\_\_\_  
(Nome do Sujeito da pesquisa – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao participante do estudo indicado acima.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)                      dia    mês    ano

## **ANEXO 2: Comitê de Ética em Pesquisa – INCA**

### **Declaração de Responsabilidade da Pesquisadora**

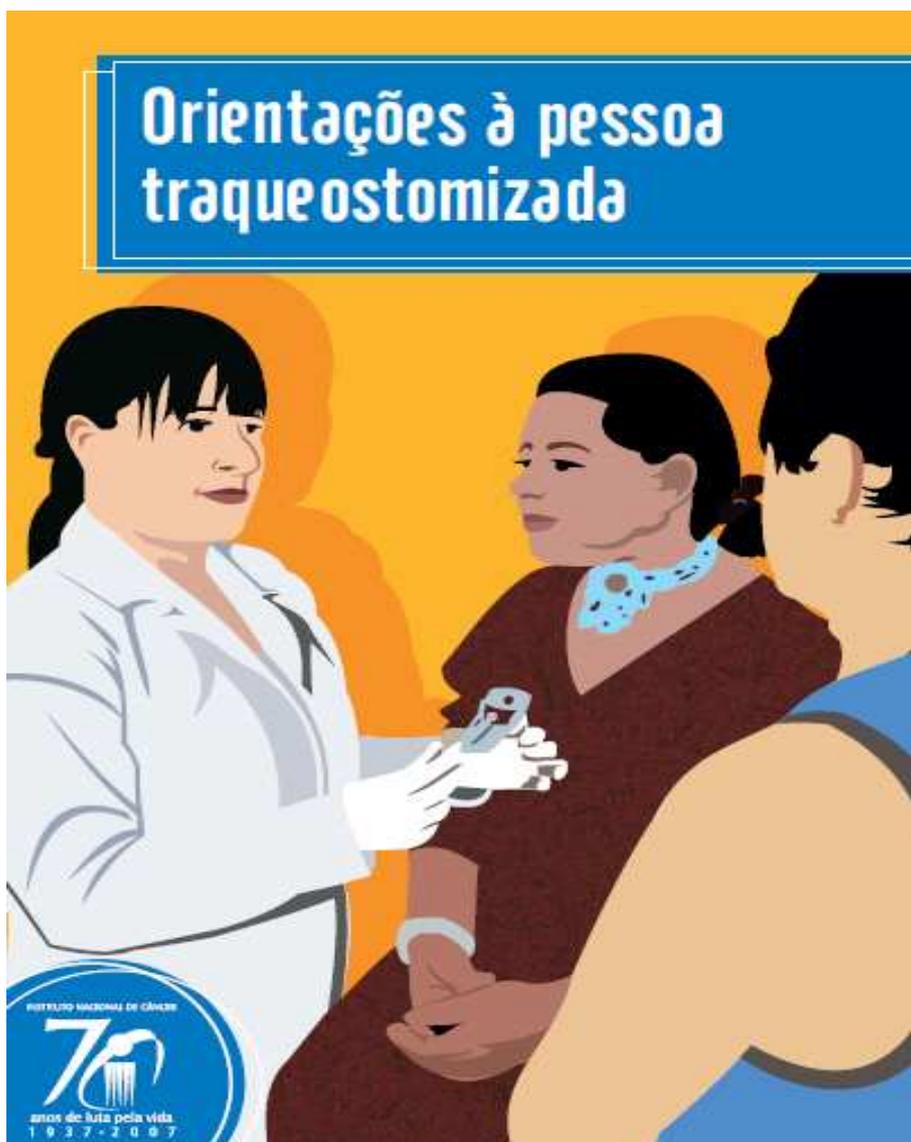
Eu, Denise Yokoyama Alves, pesquisadora responsável pela pesquisa denominada “ A comunicação e o relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência”, declaro que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para atingir os objetivos previstos na pesquisa;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação;
- O CEP-INCA será comunicado da suspensão ou encerramento da pesquisa, por meio de relatório anualmente ou na ocasião da interrupção da pesquisa; assumo o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, conseqüente a mesma, a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no termo de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Denise Yokoyama Alves, CPF nº865471517/00.

**ANEXO 3**  
**ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER**



## Prezado paciente,

Esta cartilha tem como principal objetivo orientá-lo a respeito da traqueostomia e os efeitos que ela terá na sua vida. Esperamos ajudar a esclarecer suas principais dúvidas e facilitar seu dia-a-dia, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Mesmo quando estiver fora do hospital, você poderá nos procurar para receber orientações e resolver problemas relacionados ao tratamento. Mas é importante também que você e seus familiares/cuidadores aprendam os cuidados básicos com a traqueostomia para que, com o tempo, você possa se tornar cada vez mais independente e retomar suas atividades.

Lembre-se que esta cartilha nunca poderá substituir o diálogo entre você e o profissional que o atende. Por isso, não tenha vergonha de perguntar caso surja alguma dúvida. Seu bem-estar é nossa principal meta.

## Se suas vias respiratórias não funcionarem

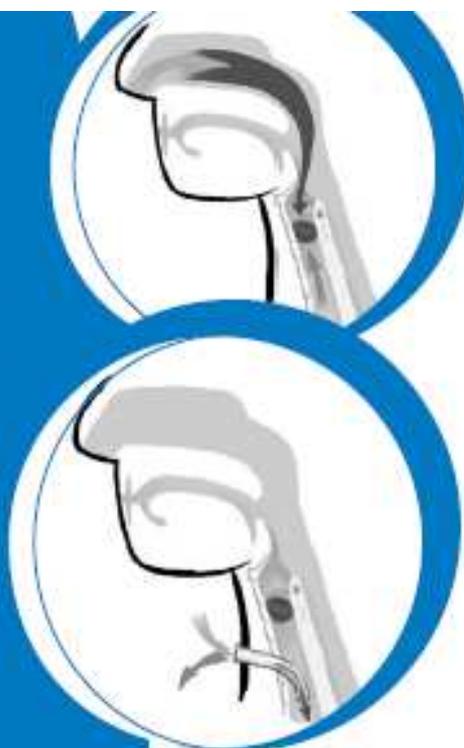
Em alguns tipos de câncer, a presença de um caroço na garganta pode dificultar a chegada de ar aos pulmões. Esse caroço surge devido a um tumor localizado na laringe. Nesse momento você precisa fazer a chamada traqueostomia, que é a abertura da traquéia para a colocação de um tubo por onde o ar passará a circular, sem interrupções.

## Quando pode ser necessário fazer a traqueostomia?

Quando o paciente com tumor na garganta sente muita dificuldade para respirar, principalmente ao deitar, pode ser necessário recorrer à traqueostomia.

## Tubo traqueal

É um tubo de plástico ou de metal desenvolvido para auxiliar a sua respiração. Após a traqueostomia, é por meio desse tubo que o ar entra e sai dos pulmões.



### As partes do tubo traqueal

As partes que compõem o tubo traqueal de metal dividem-se em cânula e sub-cânula. É muito importante mantê-las sempre limpas e livres de obstruções, para evitar bloqueios à entrada de ar, acúmulo de secreções e mal-cheiro. Para isso, leia com atenção as orientações a seguir e, se mesmo assim tiver dúvidas, procure a equipe do ambulatório do hospital onde é tratado.



## Cuidados com a pessoa traqueostomizada

Para garantir a limpeza e o bom funcionamento do seu tubo traqueal, você precisa ter alguns cuidados básicos. Veja algumas orientações de como realizar a higiene diária da cânula.

### Mantendo sua traqueostomia limpa

Para manter limpa e livre de infecções a pele e o tubo traqueal, você precisa seguir as orientações:

- Retire a subcânula;
- Lave com água e detergente líquido, escovando-a por dentro para retirar toda secreção acumulada;
- Recoloque a subcânula dentro da cânula que estará em seu pescoço;
- Troque as gazes que estão entre a sua pele e o tubo traqueal;
- Coloque duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele de seu pescoço;

Faça a limpeza no seu pescoço e ao redor do tubo traqueal, utilizando uma gaze umedecida com água potável ou soro fisiológico 0,9%.

Realize este cuidado cinco vezes ao dia ou sempre que necessário.



## Sua gravata traqueal

Recomendamos o uso da gravata traqueal, presa ao redor do seu pescoço, para manter o tubo traqueal coberto quando você for para rua ou em lugares empoeirados. A gravata não deverá ficar apertada nem frouxa: deve haver um espaço entre ela e seu pescoço suficiente para passar dois dedos.



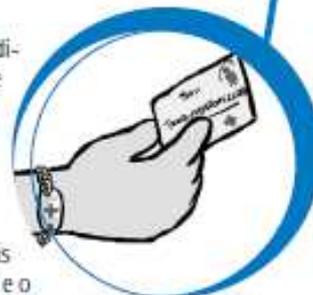
## Tosse e nebulizações

É comum ter tosse após a traqueostomia. Isto se deve à quantidade de partículas de poeira que entram pelo orifício da traqueostomia e que serão eliminados pela tosse. Muitas vezes a subcânula pode sair durante acessos de tosse. Caso isso aconteça, lave-a com água e sabão e recoloque-a dentro da cânula.

Procure fazer nebulizações para evitar ressecamento nas vias respiratórias. As nebulizações deverão ser realizadas somente com soro fisiológico. Faça-as três vezes ao dia e sempre que necessário. Durante a nebulização, coloque a máscara do nebulizador no pescoço em direção ao tubo traqueal.

## Usando identificação

Se desejar, você pode usar uma identificação, dizendo que respira por tubo traqueal. É importante que as pessoas saibam disso em caso de emergência.



## Aprendendo a se comunicar

Ter uma traqueostomia significa aprender novas maneiras de se comunicar com os outros. O enfermeiro e o fonoaudiólogo o ajudarão a aprender novas formas de falar.

### Caso você possa falar

Quando é realizada a traqueostomia, mesmo com a colocação do tubo traqueal, você continua com suas cordas vocais. Portanto ainda poderá usá-las para falar. Nesse caso, quando for falar, cubra a saída do tubo traqueal com o dedo, como mostra a figura abaixo.

### Caso você não possa falar

Combine alguns gestos com amigos e familiares. Use também expressões faciais, como um sorriso, por exemplo. Carregue sempre uma caneta e um bloco para se comunicar.



### Comer usando o tubo traqueal

Você pode comer qualquer tipo de alimento. Para tanto, um nutricionista lhe orientará no ambulatório.



### Leia abaixo alguns conselhos:

- Mantenha-se sentado, quando estiver se alimentando;
- Procure comer devagar, mastigue bem antes de engolir;
- Beba muita água. Visto que ela ajudará na sua hidratação, evitando que a secreção pulmonar fique grossa;
- Caso ocorra a saída de comida pelo orifício do tubo traqueal, interrompa a alimentação e procure o setor de emergência do hospital.
- Corte a comida em pedaços pequenos para facilitar o ato de mastigar e engolir.



## Ajustando o cotidiano com o uso do tubo traqueal

Você pode levar algum tempo para adaptar-se à traqueostomia e até sentir-se incomodado. Com o tempo, você, sua família e seus amigos se acostumarão. Logo você adquirirá prática nos cuidados e poderá retomar suas atividades, sem depender dos outros.



## Vivendo sua rotina

Procure levar a vida de maneira fácil. Leia os conselhos abaixo:

- Durante o banho use um chuveirinho, para lhe auxiliar;
- Coloque um protetor de plástico no pescoço cobrindo o tubo traqueal, caso sinta necessidade;
- Com o tempo você se acostuma, e vai perceber que não haverá necessidade de usar o plástico como protetor.



## Para familiares e amigos

A pessoa traqueostomizada precisa de tempo para adaptação. Procure ter paciência. Saiba que a pessoa que você ama não mudou.



A pessoa traqueostomizada entre familiares e amigos

### Leia abaixo algumas sugestões para ajudá-lo a lidar melhor com a situação:

- Incentive a pessoa traqueostomizada a voltar para suas atividades diárias e manter-se em público com o uso do tubo traqueal;
- Tenha paciência. Em alguns momentos seu familiar ou amigo pode ficar triste. Encoraje-o a levar uma vida tranqüila.

## Curiosidades

### Quanto tempo devo ficar com o tubo traqueal?

O tubo traqueal será retirado pelo médico, assim que ele constatar que não há mais necessidade do uso.

### Quando o tubo traqueal for retirado, a abertura da operação se fechará?

A abertura da traqueostomia se fecha com facilidade e deixa apenas uma pequena cicatriz.



## Obtendo um suporte

Após a leitura dessa cartilha, caso ainda tenha dúvidas, procure os profissionais de saúde para mais informações e esclarecimentos.

O ambulatório de curativo da cabeça e pescoço está localizado à Rua do Rezende, nº 128, e funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 16h.

O ambulatório de atendimento médico da cabeça e pescoço está localizado no térreo, e funciona de segunda a sexta-feira de 8h às 16h.

O Serviço de Pronto Atendimento do Hospital do Câncer I está localizado no térreo e funciona 24 horas por dia.

## Reuniões de orientação aos familiares e cuidadores

São realizadas, nos hospitais do INCA, reuniões com os acompanhantes, orientadas por profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fonoaudiólogos, entre outros. É muito importante que os acompanhantes e cuidadores de pacientes se orientem sobre o cuidado com o paciente, para ajudá-lo sempre que houver necessidade, principalmente quando estiver em casa ou fora do hospital. Peça a algum membro da nossa equipe o folheto nº 202, com as datas, horários e locais onde acontecem essas reuniões. A participação de todos é muito importante para o bem-estar do paciente.



## Telefones úteis:

- Hospital do Câncer I (geral): 2506-6000
- Ambulatório da Cabeça e Pescoço - sala de curativo: 3970-7924 / 3970-7954
- Ambulatório de Atendimento Médico: 2506-6349 / 2506 - 6336
- Enfermaria - Cirurgia de Cabeça e Pescoço: 2506 - 6245
- Serviço de Pronto Atendimento (Emergência): 2506-6079

## Vocabulário

Veja abaixo alguns termos que você usará ou ouvirá com frequência durante o tratamento:

- **Aspiração** – Quando a comida, e os líquidos entram na traquéia;
- **Laringe** – Também, chamada de caixa da voz. Ela fica localizada na traquéia e contém duas cordas vocais, que são responsáveis pela nossa fala;
- **Secreção** – É um líquido pegajoso produzido pela parede dos pulmões, que de um modo geral chamamos de "catarro".
- **Orifício** – Buraco, pequena ou estreita abertura.
- **Traquéia** – canal que comunica a laringe com os brônquios.

### Orientações à pessoa traqueostomizada

Texto elaborado pelos enfermeiros da seção de cirurgia de cabeça e pescoço do HC I - INCA.

Ana Angélica  
Carlos Prado  
Lindalva  
Luzia Menezes  
Márcia Santos  
Marta Cristina  
Maria da Conceição  
Monalisa Ferraz  
Nilciana  
Noemi Araújo  
Kyvia Gomes  
Solenge Tavares  
Tereza Guedes  
Venceslaine Prado  
Vamir Pinto

Edição e Revisão: **Divisão de Comunicação Social**

Projeto Gráfico: **g-ões**

Impressão: **gráfica do INCA**

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)



**Ministério  
da Saúde**