

AS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PACIENTES LARINGECTOMIZADOS*

The learning needs of laryngectomized patients

Marcia Maria Fontão Zago¹
Lisete Diniz Ribas Casagrande²

RESUMO

Este estudo relata as necessidades de aprendizagem de pacientes laringectomizados atendidos em um hospital universitário. Os dados acerca da apreensão dos pacientes em relação à sua condição pós-cirúrgica foram obtidos através da observação-participante. As falas dos pacientes foram condensadas em relatos de casos e, a partir delas relacionamos as necessidades de aprendizagem. Dessas necessidades os autores pretendem propor uma intervenção pedagógica com os pacientes.

UNITERMOS: necessidades de aprendizagem, pacientes laringectomizados, ensino de pacientes.

ABSTRACT

This study reports the learning needs of laryngectomized patients from a university hospital. The data about how the patients feel about their post surgical condition, were obtained by participant-observation. The patients words were collected in case-studies and related to the learning needs. On the basis of these needs the authors intend to plan the pedagogic action.

KEY WORDS: learning needs, laryngectomized patients, patients teaching.

1 INTRODUÇÃO

O paciente laringectomizado é aquele submetido a uma cirurgia que consta da remoção total da laringe e seus anexos, acompanhada ou não de esvaziamento cervical.

Por ser uma cirurgia mutilatória, ela acarreta uma série de consequências para o estilo de vida do paciente. Durante o período pós-operatório, o paciente começa a perceber as modificações que ocorreram com o seu corpo. Se não houve uma pronta e efetiva atuação do enfermeiro, essas consequências poderão acarretar na dependência do paciente ao enfermeiro, e posteriormente, aos familiares.

A assistência de enfermagem a esse paciente não pode ser aleatória, é necessário que as necessidades individuais sejam identificadas. Nossa meta é de intervir posteriormente no preparo da alta médica do paciente laringectomizado através do ensino. Portanto, nesse momento, o estudo tem o objetivo de identificar as necessidades de aprendizagem dos pacientes.

Pelo termo "necessidade" designamos um déficit de natureza física ou psicológica (Maslow apud Faulkner, 1985). "Necessidade de aprendizagem" refere-se aos déficits de natureza cognitiva, afetiva ou psicomotora que podem ser supridos pelo processo de ensino-aprendizagem (Bordenave, Pereira, 1986).

* Este trabalho é parte da Dissertação de Mestrado apresentado na EERP-USP, 1990

1 Enfermeira, Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Área de Enfermagem Cirúrgica.

2 Pedagoga, Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP. Área de Educação.

2 O PACIENTE LARINGECTOMIZADO

A principal causa da laringectomia total é o câncer de laringe. Essa patologia atinge, em maior proporção, pessoas do sexo masculino e na faixa etária de 50 anos. A etiologia está associada ao tabagismo, etilismo e outros. A cirurgia tem o objetivo de erradicar a doença e realizar um novo trajeto respiratório - a traqueostomia permanente. O prognóstico da doença está relacionado com a sua extensão quando do diagnóstico (Baker, Feldman, 1987; Bertelli, 1980; Bouchard-Kurts et al. 1981).

Entre as consequências da cirurgia, a alteração fisiológica da função respiratória, com a traqueostomia, gera a diminuição do olfato e paladar, limitações em atividades físicas que requerem esforços respiratórios, necessidade de manutenção higiênica do estoma (orifício da pele) e limpeza diária das cânulas de traqueostomia, sua proteção com o uso de elementos que impeçam a entrada de corpos estranhos, e cuidados que visem à recuperação física do paciente. A obtenção da meta de independência do paciente inclui a sua capacitação para o auto-cuidado, ou seja, o desempenho dos cuidados próprios sem ajuda de outras pessoas. Assim, vários autores destacam a função do enfermeiro em preparar o laringectomizado para o seu auto-cuidado, estimulando sua independência e responsabilidade na manutenção da própria saúde, visando a alta hospitalar (Behrens et al. 1974; Patry-Lahey, 1985; Biggs, 1987).

Uma das primeiras constatações do paciente, após a cirurgia, é quanto às dificuldades e limitações da habilidade de comunicar-se oralmente. Se ele possui a habilidade da comunicação verbal e escrita, a adaptação é mais rápida; do contrário, o indivíduo terá de lançar mão

da mímica labial, que exige maior treino e compreensão do receptor. Portanto, encontrar um meio de comunicação com o paciente, para o período pós-operatório, é um objetivo a ser alcançado pelo enfermeiro, na fase pré-operatória (Larsen, 1982). Nesta fase, é importante orientar o paciente quanto ao fato de que esta afasia é temporária. Segundo Aguillar (1984), a reeducação da voz, ou seja, a aprendizagem da voz esofágica, pode ser iniciada quando o paciente puder alimentar-se por via oral. Quando sua aprendizagem não obtém sucesso, existem outros recursos que podem auxiliar na amplificação da voz, como a laringe eletrônica. O processo de treinamento da voz esofágica geralmente é realizado por um fonoaudiólogo e requer grande motivação do paciente. Os autores acima citados relatam com clareza o que representa, para o paciente, a impossibilidade de falar, gritar e chorar, e as implicações na vida familiar, social e profissional do indivíduo.

Os problemas psicológicos do paciente laringectomizado surgem na fase pré-operatória, com o medo da doença, da cirurgia e suas consequências (Stanley, 1968). No pós-operatório, a somatória dos problemas causados pela afasia e pela alteração da imagem corporal geram reações traumáticas tanto para o paciente como para sua família e amigos. Os problemas se refletirão no seu estilo de vida, gerando dificuldades na atuação como chefe de família, na vida profissional, social e de lazer. Esses problemas psicológicos poderão fazer com que o indivíduo se sinta desmotivado a reagir às situações, retardando ainda mais a sua adaptação. Apesar das limitações respiratórias, o paciente poderá exercer muitas outras atividades sociais, profissionais e de lazer, requerendo para isso orientação quanto às possibilidades, apoio e encorajamento para que ele encontre as soluções (Stanley, 1968).

O laringectomizado poderá encontrar dificuldades em restabelecer atividades sexuais pois, além da dificuldade respiratória, poderá detectar o impacto da alteração da imagem corporal sobre a companheira. Larsen (1982) relata que a abordagem deste tema é dificultada pelos tabus e valores culturais, e requer que o enfermeiro utilize um relacionamento aberto, de respeito, de confiança. Tanto o paciente como a companheira podem encontrar posições e soluções alternativas para o ato sexual. Como a posição lateral e a masturbação. Mesmo orientando os pacientes Aguillar (1984) relata casos em que a frequência da atividade sexual diminui, entre os laringectomizados. No sentido de diminuir o impacto da alteração da imagem corporal, o paciente pode ser orientado a fazer a limpeza da cânula e do estoma com frequência, para evitar odores e acúmulo de secreção, e usar protetor de traqueostomia.

Quando lidamos com pacientes que apresentam alteração da imagem corporal, devemos compreender que este conceito depende e está relacionado com a cultura, ambiente, sexo, idade, valores internos, estado motivacional, religião e etnia. (Janelli, 1986). Conseqüentemente, a constatação da alteração da imagem corporal pelo paciente poderá gerar mudanças no seu estilo de vida, em maior ou menor grau, dependendo dos seus conhecimentos e valores (Dropkin, 1981; Larsen, 1982; Aguillar, 1984).

As afirmações aqui apresentadas por vários autores delineiam um perfil do paciente laringectomizado suscetível a uma gama de situações opressoras e mostram que, se

ele não possuir uma estrutura de apoio familiar e social, poderá conviver com um sofrimento contínuo, como foi demonstrado por Aguillar (1984). Essa autora relata casos dramáticos como o de um paciente que foi abandonado pelos familiares, outro que tentou o suicídio, e casos em que pacientes tinham total dependência de outras pessoas para o cuidado com a traqueostomia. De modo geral a autora salienta os seguintes problemas adaptativos apresentados pelos pacientes submetidos à laringectomia total: conhecimento do diagnóstico e a necessidade de uma cirurgia mutilatória; o trauma cirúrgico e hospitalização prolongada; tratamentos coadjuvantes e seus efeitos colaterais; afasia e interação com o cônjuge, com a família, amigos e pessoas estranhas; instalação da traqueostomia, o que implica no auto cuidado, alteração da imagem corporal, limitações e complicações; retorno ao trabalho e as implicações econômicas; as limitações referentes ao lazer; relacionamento sexual.

Devemos lembrar que as considerações acima relatadas referem-se as necessidades, apresentadas por pacientes laringectomizados provenientes de contextos sociais diferentes. O nosso interesse converge para um grupo de pacientes específicos.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um hospital universitário e contou com a participação de 6 pacientes laringectomizados que concordaram em participar. Destes, 3 apresentavam-se em fase pré-operatória imediata (na enfermaria) e 3 em pós-operatório tardio (no ambulatório). Cinco dos pacientes eram do sexo masculino e uma do feminino. Suas idades variavam entre 45 e 58 anos.

Os dados foram obtidos através da observação-participante, descrita por Leininger (1985). A observação não-sistemática e a entrevista aberta, elementos da observação-participante, foram facilitadas por um roteiro (Anexo A). As anotações de campo foram registradas em um diário de campo.

Primeiramente houve a aproximação com os pacientes, apresentamos-nos, demos conhecimento dos objetivos do estudo, asseguramos a manutenção incógnita de seus nomes, explicamos como seria a realização do estudo e, então, solicitamos suas participações.

Na enfermaria as observações-participantes ocorreram desde o dia da internação e prosseguiram até o dia da alta hospitalar. No ambulatório elas ocorreram mensalmente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os pacientes consultados concordaram em participar do estudo. Os pacientes comunicaram-se através da escrita e, principalmente, pela mímica labial e gestos. Para cada paciente foi elaborado um relato de caso; entretanto, devido a extensão e concordância dos achados apresentaremos apenas dois dos relatos (Zago, 1990).

RELATO DO CASO 1

Paciente H.L., sexo masculino, solteiro, lavrador, de

45 anos de idade, residente em Santa Rita do Passa Quatro. Operado em 12/08/1986.

A aproximação ocorreu no dia 13/08/1986, no Centro de Terapia Intensiva, e a seguir, diariamente. No 6º dia pós-operatório, logo ao chegar à enfermaria, observei que o paciente está inquieto. Cumprimentamo-nos e perguntei-lhe, então, sobre o que estava irritando. Respondeu com gestos agressivos, escrevendo: "não sei o que aconteceu comigo, não posso falar, estou cansado... não sei quando vou para casa!". Perguntei então se não lhe haviam explicado sobre a cirurgia e respondeu ainda mais irritado: "Falaram um monte de coisas mas não entendi e não lembro!".

No dia da alta, observei o preparo do paciente pela enfermeira. O irmão do paciente estava presente. A enfermeira falou como deveria ser a troca das cânulas, a alimentação, as atividades possíveis, dirigindo as orientações para o irmão. Ao término, o paciente aproximou-se de mim, solicitou papel e caneta e escreveu: "Como vou fazer em casa? Eu moro sozinho, meu irmão só veio me buscar!".

Juntos, procuramos traçar um roteiro para o auto-cuidado com a traqueostomia, mas senti que a quantidade de informações foi grande para ser apreendida em um momento de grande ansiedade do paciente.

O paciente faltou no primeiro retorno mas voltou fora de dia, no ambulatório. Apresentava hálito alcoólico e disse que havia "perdido" a sua cânula. Recebeu outra e tentei ensinar-lhe a troca. Após ter conseguido executar a tarefa, olhou para mim sorrindo (paciente nunca havia sorrido antes), e comentou: "não é difícil!". Em seguida, contou que havia perdido o papel com os passos para a troca e ia todos os dias ao pronto-socorro para trocá-la. Quando foi tentar por si, não conseguiu introduzi-la, ficou muito nervoso e jogou-a longe. Foi então que resolveu procurar o hospital, pois: "Fiquei com medo do buraco fechar!".

Posteriormente, encontrei um familiar seu que contou que o paciente estava internado em um hospital psiquiátrico, devido ao alcoolismo.

RELATO DO CASO 2

Paciente A.O., do sexo masculino, com 57 anos de idade, viúvo, lavrador, não reside na cidade. Operado em 11/03/1987.

A primeira entrevista ocorreu em 16/04/1987, no ambulatório. Paciente estava só, referiu que mora na mesma casa do filho mais velho, porém, no quarto dos fundos.

Não se lembrou das informações que recebeu durante a fase de hospitalização. Só se recordou de que o filho foi visitá-lo uma vez, "... e quando a minha nora me viu ficou com vontade de vomitar!".

Referiu que quem aprendeu a trocar a cânula foi a nora mas, no segundo dia, ela passou mal e ele acabou fazendo. "Não sei se faço direito". A traqueostomia apresentava-se como odor e a pele ao redor do estoma com escarificações. Não usava almofada protetora porque as gazes custam caro e quando acabam as que ele ganha do hospital, não comprava outras.

Repentinamente, o paciente pediu para escrever, até então só se comunicava pela mímica labial; "tenho medo que o buraco fecha,... acho que não tou bem..." "tou

multo doente. Ninguém ilga pra mim, tenho vontade de morrer". Ao ser encorajado a contar a sua vida, referiu que passa o dia em seu quarto, ouvindo rádio. "Só saio de casa à noite para ninguém ficar me olhando. Sinto que sou um traste... até meus netos têm nojo de mim".

Disse que as pessoas têm pena dele e não têm paciência em entender a mímica labial. Contou que no dia anterior, a nora havia chamado sua atenção por não ter prestado atenção à panela de feijão que estava quelmando. "... eu não senti o cheiro!". Expliquei que a diminuição do olfato e gosto são consequências esperadas. "Então porque ninguém me avisou?".

Informou que fará outro tratamento mas não entendeu direito o que é e onde será. Mostrou-me um pedido de consulta para a radioterapia. Também contou que desde a cirurgia tem tido muita dor no braço e ombro. Perguntou se água quente melhorava. Expliquei e demonstrei os exercícios de fisioterapia para a região atingida pelo esvaziamento cervical.

Quando perguntei sobre o que mais ele gostaria de me contar, respondeu: "Já que a senhora explicou uma porção de coisas, poderia explicar o que foi que tiraram de mim na cirurgia? Eu sei que tiraram um negócio, mas pra que ele servia?".

No fim da entrevista, apertou-me a mão, despediu-se dizendo que esperava me encontrar no seu próximo retorno.

A análise das falas e das observações dos pacientes possibilitou sintetizarmos suas principais necessidades de aprendizagem. (Quadro 1).

Essas necessidades de aprendizagem referem-se à aquisição de informações, ao desenvolvimento de habilidades cognitivas, psicomotoras, e de atitudes sobre conteúdos relacionados.

As falas "não sei o que aconteceu comigo", "fiquei com medo do buraco fechar", "pode explicar o que tiraram de mim na cirurgia?", demonstram que os pacientes não dispõem das informações básicas acerca da laringe, da doença, da cirurgia, dos procedimentos cirúrgicos, dos tratamentos associados. Segundo Hunt (1968) a aquisição de informações é um pré-requisito para que o paciente tenha domínio sobre as situações que poderá vivenciar. Por outro lado, as nossas observações nos mostraram que, geralmente, quando a equipe de saúde ofereceu informações no momento da internação ou da alta hospitalar, não considerou a ansiedade do paciente. O alto nível de ansiedade dos pacientes nestes períodos (Bille, 1981) interfere na capacidade seletiva e na memória. Para que haja aquisição, as informações devem ser oferecidas quando o paciente estiver atento e motivado; devem ser gradativas e significantes para ele (Wilson-Barnett, 1983). Assim, é compreensível a declaração de um paciente "falaram um monte de coisas mas não entendi e não lembro".

A aquisição de informações, por si só, não garante que o paciente compreenda sua condição. O desenvolvimento de habilidades cognitivas tornam-se importantes para a compreensão das consequências da cirurgia, como por exemplo, da realização da traqueostomia definitiva, do cuidado com a traqueostomia, da diminuição do olfato e paladar.

QUADRO 1

Relação entre as falas dos pacientes laringectomizados e as necessidades de aprendizagem.

FALAS DO PACIENTE	NECESSIDADE DE APRENDIZAGEM
"Não sei o que aconteceu comigo... não posso falar" "...o plor foi quando me contaram que o buraco era pro resto da vida" "...falaram que logo eu aprendo a falar"	Adquirir informações, desenvolver habilidades cognitivas sobre a laringe, o estoma, os tratamentos, as consequências da cirurgia.
"...fica duro pra enfiar a cânula no buraco" "...não sei se faço direito"	Executar o auto-cuidado com a traqueostomia com segurança. Identificar as complicações possíveis e propor soluções.
"...aquele inchaço faz a gente ficar muito feio" "...é ruim quando tiram o catarro do buraco"	Reconhecer os procedimentos do pós-operatório como necessário para a recuperação e cooperar.
"...Como era antes? (em relação a atividade sexual) "...fico ouvindo rádio"	Identificar e reconhecer as possibilidades adaptativas profissionais, de lazer, sociais, sexuais.
"...só saio de casa à noite pra ninguém ficar me olhando"	Refletir sobre como conviver com a situação e elaborar estratégias que o satisfaçam.
"este filho..., não me respeita, não tem paciência..." "...e quando minha nora me viu, ficou com vontade de vomitar".	Obter o apoio dos familiares na recuperação do paciente.

A necessidade de aprendizagem da habilidade psicomotora do auto-cuidado com a traqueostomia se fez sentir através das falas "fica duro para enfiar a cânula no buraco", "não sei se faço direito". Essa aprendizagem é importante para que o paciente assuma a sua independência que pode implicar na melhora da sua auto-estima. Para Behrens et al. (1974), Patry-Lahey (1987) e Biggs (1987), isso é um objetivo a ser alcançado até a alta hospitalar.

"Só saio de casa à noite", "como era antes?", "fico ouvindo rádio", denotam que para os pacientes há possibilidade de continuar desempenhando atividades profissionais, de lazer e sexuais. A mudança da via respiratória com a traqueostomia pode, mas não necessariamente, impor limitações. Stanley (1968) e Larsen (1982) recomendam que sejam oferecidas informações objetivas quanto a esses conteúdos e que se dêem oportunidade e apoio para que cada paciente identifique a sua limitação. Há várias adaptações possíveis de que os pacientes devem ter conhecimentos para experienciá-las.

Um dos aspectos mais marcantes entre os pacientes refere-se à atitude quanto a sua imagem corporal alterada; "só saio de casa à noite pra ninguém ficar me olhando" reflete bem o seu significado. Acreditamos que a necessidade de reelaborar as atitudes relacionadas à imagem corporal são imprescindíveis para o paciente laringectomizado. Aguillar (1984) e Larsen (1982) consideram que esta necessidade é difícil de ser suprida e trabalhada a curto prazo. Entretanto, vemos a possibilidade de a imagem corporal ser lidada pelo desenvolvimento de atitudes que predisponham os pacientes a discutir os seus conceitos de beleza, para que possam compreender as reações das pessoas à sua imagem e as suas próprias.

A ausência da voz para a comunicação pareceu-nos não ter para os pacientes a importância que seria de supor

"a priori". Porém, foi marcante o desconhecimento, entre eles, da aprendizagem da voz esofágica. A necessidade dessa informação e de uma atitude favorável ao treinamento é um passo para o restabelecimento da comunicação verbo-oral do paciente (Aguillar, 1984).

Como Bille (1981) destaca, a participação dos familiares no processo cirúrgico e de reabilitação também é um alvo a ser atingido, para suprir o apoio emocional para o paciente quando ele deixar o hospital. O relato dos pacientes como "este filho... não me respeita, não tem paciência", "e quando minha nora me viu, ficou com vontade de vomitar", refletem reações de quem não estava preparado para conviver com a situação do laringectomizado.

Conseqüentemente, frente a essas necessidades de aprendizagem, os pacientes laringectomizados assumiram uma atitude fatalista, de auto-desvalorização, de submissão às dificuldades geradas pela cirurgia, apreendidas pelas falas "estou cansado", "eu moro sozinho", "acho que não tou bem... tou muito doente. Ninguém liga pra mim, tenho vontade de morrer", "sinto que sou um traste... até meus netos têm nojo de mim". Em essência, os relatos de casos não apresentados aqui não diferiram desses. O que variou foi a intensidade com que cada problema foi valorizado pelo paciente e o momento em que surgiu. Da mesma forma, não diferiram as necessidades dos pacientes quanto ao sexo.

A listagem das necessidades de aprendizagem identificadas foi apresentada aos pacientes, que concordaram que elas refletem suas expectativas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As observações e entrevistas realizadas com os pacientes laringectomizados possibilitaram uma análise dos

seus problemas e a consequente identificação de suas necessidades de aprendizagem.

As suas necessidades de aprendizagem referem-se à aquisição de informações, habilidades cognitivas e atitudes envolvendo os seguintes conteúdos: função da laringe, a doença, objetivos e consequências da cirurgia e tratamentos associados; possibilidades de exercer atividades profissionais, de lazer e sexuais; possibilidade de treinamento da voz esofágica; imagem corporal alterada; e no desenvolvimento de habilidades para o auto-cuidado com a traqueostomia.

A identificação das necessidades de aprendizagem equivale a uma avaliação diagnóstica da situação pós-cirúrgica dos pacientes, que fundamentará a intervenção de enfermagem, através do ensino de pacientes.

A complexidade dessas aprendizagens implica que o ensino seja planejado, adequando as capacidades a serem desenvolvidas, às reais necessidades dos pacientes.

ANEXO A

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

1. TRAQUEOSTOMIA
 - a) odor
 - b) integridade da pele
 - c) secreção
 - d) frequência do curativo
 - e) dificuldades
2. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO
3. COMUNICAÇÃO
4. SONO
5. ATIVIDADES
 - a) domiciliar
 - b) de lazer
 - c) social
 - d) profissional
 - e) sexual
6. ATITUDES QUANTO À IMAGEM CORPORAL
 - a) vestimenta (protetor)
 - b) reações das pessoas
7. RADIOTERAPIA
8. VOZ ESOFÁGICA
9. ESTADO EMOCIONAL
10. RELACIONAMENTO FAMILIAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGUILLAR, O.M. *Contribuição ao estudo do processo de adaptação da pessoa laringectomizada*. Ribeirão Preto: USP, 1984. 110p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
- 2 BAKER, K.H., FELDMAN, J.E. Cancers of the head and neck. *Cancer Nursing*, V.10, n.6, p.293-9, 1987.
- 3 BEHRENS, J. et al. Laryngectomy: paving the way to successful adjustment. *Nursing*, V.74, n.4, p.60-6, 1974.
- 4 BERTELLI, A.P. *Câncer da laringe*: São Paulo, Manole, 1980.
- 5 BIGGS, C. The Cancer that can cost a patient his voice. *RN*, V. 68, p.44-61, 1987.
- 6 BILLE, D.A. *Practical approaches to patient teaching*. Boston: Little Brown, 1981.
- 7 BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- 8 BOUCHARD-KURTZ, R. et al. *Nursing care of the cancer patient*. 4. ed. London C.V. Mosby, 1981.
- 9 DROPKIN, M.J. Development of a self-care teaching program for postoperative head and neck patients. *Cancer Nursing*, V.4, n.2, p.103-6, 1981.
- 10 FAULKNER, A. *Nursing creative approach*. Bristol: Baillière Tindall, 1985.
- 11 HUNT, R.B. Rehabilitation of the laryngectomy patients. *Laryngoscope*, V.74, p.382-95, 1968.
- 12 JANELLI, L.M. Body image in older adults: a review of the literature. *Rehabilitation Nursing*, V.11, n.4, p.6-8, 1986.
- 13 LARSEN, G.L. Rehabilitation for the patient with head and neck cancer. *American Journal of Nursing*. V.82, n.1, p.119-22, 1982.
- 14 LEININGER, M.M. *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
- 15 PATRY-LAHEY, R. Helping a laryngectomy patient go home. *Nursing*, V.15, n.3, p.63-4, 1985.
- 16 STANLEY, L.M. Meeting the psychologic needs of the laryngectomy patient. *Nursing Clinics of North America*, V.3, n.3, p.519-27, 1968.
- 17 WILSON-BARNETT, J. *Research advances in nursing: patient teaching*. London: Churchill Livingstone, 1983.
- 18 ZAGO, M.M.F. *Plano de ensino para o preparo da alta médica do paciente laringectomizado*. Ribeirão Preto, 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

Endereço do autor: Márcia Maria Fontão Zago
 Author's address: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
 Campus da USP
 14.049-000 - Ribeirão Preto - SP

Trabalho recebido em: 06/04/92
 Solicitado reformulações aos autores em: 20/05/92
 Data de retorno em: 01/06/92
 Aprovação final em: 09/06/92