

Ana Angélica de Souza Freitas  
Maria José Coelho  
Márcia Maria Fontão Zago



# Câncer de Laringe em Homens e o Cuidado Cotidiano

22081

 EDITORA CRV

14/10/2013



Doação de um  
livro para  
biblioteca do Inca -  
H.C.I.

Ana Angélica  
de Souza.

Ana Angélica de Souza Freitas  
Maria José Coelho  
Márcia Maria Fontão Zago

**Câncer de Laringe em Homens**  
e o Cuidado Cotidiano

Ana Angélica de Souza Freitas  
Maria José Coelho  
Márcia Maria Fontão Zago

CÂNCER DE LARINGE EM  
HOMENS E O CUIDADO  
COTIDIANO

EDITORA CRV  
Curitiba - Brasil  
2013

Copyright © da Editora CRV Ltda.

**Editor-chefe:** Railson Moura

**Diagramação e Capa:** Editora CRV

**Revisão:** Os Autores

**Conselho Editorial:**

Prof.ª. Dr.ª. Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)	Prof. Dr. Leonel Severo Rocha (URI)
Prof. Dr. Antônio Pereira Gaió Júnior (UFRRJ)	Prof.ª. Dr.ª. Lourdes Helena da Silva (UFV)
Prof. Dr. Carlos Frederico Dominguez Ávila (UNIEURO - DF)	Prof.ª. Dr.ª. Josania Portela (UFPI)
Prof.ª. Dr.ª. Carmen Tereza Velanga (UNIR)	Prof.ª. Dr.ª. Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
Prof. Dr. Celso Conti (UFSCar)	Prof. Dr. Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL - MG)
Prof.ª. Dr.ª. Gloria Fariñas León (Universidade de La Havana – Cuba)	Prof.ª. Dr.ª. Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
Prof. Dr. Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)	Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
Prof. Dr. Guillermo Arias Beatón (Universidade de La Havana – Cuba)	Prof.ª. Dr.ª. Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
Prof. Dr. João Adalberto Campato Junior (FAP - SP)	Prof.ª. Dr.ª. Sydione Santos (UEPG PR)
Prof. Dr. Jailson Alves dos Santos (UFRJ)	Prof. Dr. Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
	Prof.ª. Dr.ª. Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

---

F936c

Freitas, Ana Angélica de Souza

Câncer de laringe em homens e o cuidado cotidiano / Ana Angélica de Souza  
Freitas, Maria José Coelho, Márcia Maria Fontão Zago. - 1. ed. - Curitiba, PR: CRV,  
2013.

146 p.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-8042-738-7

1. Laringe - Câncer. 2. Laringe - Câncer - Tratamento. 3. Laringe - Câncer -  
Prevenção.

I. Coelho, Maria José, 1952- II. Zago, Márcia Maria Fontão. III. Título.

13-03082 CDD: 616.22

CDU: 616.22

17/07/2013 18/07/2013

---

2013

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004.

Todos os direitos desta edição reservados pela:

Editora CRV

Tel.: (41) 3039-6418

www.editoracriv.com.br

E-mail: sac@editoracriv.com.br



# SUMÁRIO

SINOPSE.....	9
PREFÁCIO .....	11
CAPÍTULO 1 CONHECENDO SOBRE O CÂNCER DE LARINGE .....	13
CAPÍTULO 2 MASCULINIDADES NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA CUIDADO .....	33
CAPÍTULO 3 QUEM SÃO OS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA POR CÂNCER NA LARINGE?.....	45
CAPÍTULO 4 CASOS CLÍNICOS DOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA.....	55
CAPÍTULO 5 O COTIDIANO NA ÓTICA DOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA.....	75
CAPÍTULO 6 OS CUIDADOS COTIDIANOS RECEBIDOS PELOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA.....	109
CAPÍTULO 8 NÃO SE ENTREGARAM LUTARAM PELA VIDA.....	125
REFERÊNCIAS .....	131
SOBRE AS AUTORAS .....	143



C-4583

INCRA - SIBI

HCl ( ) HClI ( ) HClII ( ) HClIII ( ) CONPREV

( ) DELC ( ) DIPAT

( ) COMPRA  DOAÇÃO ( ) PERMUTA

N. REGISTRO MEMO 14

EM. 18 / 10 / 13

## Amizade

“Diz uma lenda árabe,  
que dois amigos viajavam pelo deserto e  
em um determinado ponto da viagem discutiram,  
sendo um deles esbofeteado, ofendido  
e sem nada a dizer, escreveu na areia.”

“Hoje meu melhor amigo me bateu no rosto”.

“Seguiram e chegaram a um oásis onde resolveram  
tomar banho, o que havia sido esbofeteado começou  
a se afogar, sendo salvo pelo amigo, ao se recuperar,  
pegou um estilete e gravou em uma pedra.”

“Hoje meu melhor amigo salvou-me a vida.”

“Intrigado seu melhor amigo perguntou:”  
“Por que depois que te bati, você descreveu na areia,  
e agora escreves na pedra?  
Sorrindo, o outro amigo respondeu:”

“Quando um grande amigo nos ofende, devemos  
escrever na areia, onde o vento do esquecimento  
e do perdão se encarregarão de apagar,  
mas quando nos faz algo grandioso, devemos gravar  
na pedra da memória e do coração, onde vento  
nenhum do mundo, tem o poder de apagar.”

(Grupo teatral voluntários do amor)

Aos homens traqueostomizados,  
que nos demonstram a força da vida e  
nos ensinam a importância  
do cuidado

## SINOPSE

As autoras deste livro buscaram apresentar quem são os homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, descrever os cuidados cotidianos recebidos e analisar as necessidades de cuidados em saúde e enfermagem, com base nos pressupostos conceituais de masculinidades de Connell, de cuidado de Coelho e cotidiano de Certeau.

Foram analisadas entrevistas realizadas com os homens com traqueostomia em um cenário hospitalar na área oncológica situada no Estado do Rio de Janeiro. Foi um estudo proveniente da dissertação de mestrado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Esta obra mostra que as características dos homens hospitalizados com traqueostomia, foram casados com ocupação de mecânicos, nível fundamental de escolaridade, dois salários mínimos de renda, católicos, procedentes do Rio de Janeiro, faixa etária de 41-70 anos e estado nutricional eutróficos. Descrita como um elemento de importância, pois são aspectos socioeconômicos que comprometem a saúde masculina e certos agravos que podem fazer compreender como os homens são socializados por modelos sociais e econômicos.

No que se referem aos casos clínicos dos homens com traqueostomia, os cuidados cotidianos recebidos foram baseados nos problemas de saúde dos pacientes que eram portadores de doenças crônicas não transmissíveis de importância para a saúde pública, como a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus e o câncer de laringe, acompanhada de sobrepeso e desnutrição proteica calórica. Observou-se que os cuidados recebidos pelos homens obtiveram resultados efetivos com a recuperação da saúde evoluindo para alta hospitalar.

Nas necessidades de cuidados sob a ótica dos homens foi verificado que o cotidiano deles acontece de maneira simples de acordo com a necessidade de saúde. As invenções cotidianas dos homens caracterizaram-se com várias maneiras de fazer, nascida da vida diária das práticas triviais. Essas invenções são qualidades dos homens que se dão pelas habilidades e criatividade em estabelecer formas ao jeito de cada um. Os cotidianos do cuidado foram como dimensões de masculinidades, não se entregarem e lutarem pela vida.



Nos cuidados recebidos pelos homens, tratou-se dos diferentes tipos de cuidados, onde destacamos os cuidados que atenderam as necessidades de saúde. A determinação para atender as necessidades humanas requer habilidades, sensibilidade e conhecimento científico, pois, para oferecer os cuidados, desde o mais simples, devem estar condizentes com as necessidades humanas de saúde dos homens.

A construção deste estudo permitiu a interação do paciente e da enfermagem. Pois, tivemos a oportunidade de realizar uma reflexão acerca dos conhecimentos pré-estabelecidos advindo do tecnicismo biomédico. Os achados oferecem subsídios para o cuidado em saúde e enfermagem, levando em consideração as especificidade masculina aliada as necessidades humanas dos homens com traqueostomia por câncer na laringe.

## PREFÁCIO

A obra *Câncer de Laringe em homens e o cuidado cotidiano*, fruto da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, de autoria das enfermeiras e professoras Ana Angélica de Souza Freitas, Maria José Coelho e Márcia Maria Fontão Zago, é resultado de vasta experiência no cuidado e no ensino da enfermagem em oncologia em renomadas universidades e hospitais oncológicos de nosso País.

A trajetória profissional das autoras evidencia um investimento intelectual no estudo das situações de prestação de cuidados, bem como da formação e especialização profissional em enfermagem em oncologia no âmbito específico da cirurgia de cabeça e pescoço, expressa pelas suas produções científicas em diversos periódicos nacionais e internacionais.

A singularidade deste trabalho reside na construção de uma conjugação de referenciais humanísticos, com ênfase no cuidado de homens com câncer de laringe e seus cotidianos, articulando o conceito de masculinidades. Tal apropriação consiste em um ato investigativo atual e necessário considerando os esforços de consolidação de uma Política Nacional de Saúde do Homem.

O caminho escolhido pelas autoras para discussão desta problemática ultrapassa a apresentação das bases biomédicas do câncer de laringe, adicionando ao contexto a questão das masculinidades no processo saúde-doença cuidado como elemento essencial para entendimento do cotidiano de homens portadores deste tipo de câncer.

Inseridas em um movimento investigativo que dá voz às pessoas adoecidas, apresentam relatos que ressaltam a vida diária de homens traqueostomizados em decorrência do tratamento de câncer de laringe, dentro e fora do ambiente hospitalar. Adicionalmente apresentam de modo didático alguns casos clínicos que podem subsidiar atividades de ensino para as enfermeiras.

O resultado desta investigação aponta que esses homens reinventam o cotidiano a cada dia, a partir de suas experiências com as situações enfrentadas no processo saúde-doença cuidado, onde criam e recriam maneiras de fazer acontecer suas vidas, a despeito mesmo do adoecimento por câncer. As masculinidades são expressas por esses homens pela não entrega e pela luta pela vida.

A concretização desta investigação é para todos nós um empreendimento da maior importância, que queremos compartilhar com os profissionais de saúde de um modo geral e especialmente com as enfermeiras que cuidam destes homens portadores de câncer de laringe.

Cabe a nós uma reflexão a partir da apresentação desta obra, a qual traduz a certeza da necessidade perene das seguintes perguntas: Que cuidados as enfermeiras estão construindo com esses homens? Colocamos em perspectiva suas necessidades?

Vida longa à parceria acadêmica das autoras deste livro, com esperanças de que seja fonte de inspiração para trabalhos futuros e para a geração na melhoria da qualidade do ensino e do cuidado de enfermagem na área da oncologia.

Parabéns e obrigada pela expressiva contribuição à Enfermagem Brasileira!

*Enf. Maria de Fatima Batalha de Menezes*  
Doutora em Enfermagem / EEAN / UFRJ  
Supervisora de Ensino de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer – INCA

# CAPÍTULO 1

## CONHECENDO SOBRE O CÂNCER DE LARINGE

Durante a elaboração do material para a qualificação, no dia vinte e nove de outubro de 2011, fomos surpreendidos com a divulgação, via mídia, do tema da pesquisa envolvendo um dos homens mais importantes e públicos do cenário político brasileiro e mundial contemporâneo. O ex-presidente da República Federativa do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, está com câncer de laringe localizado. Seu caso é representativo da problemática da pesquisa em três pilares: homem tabagista; etilista crônico; e faixa etária. O Brasil é o segundo país em estatística desse fenômeno, sendo a Espanha o primeiro lugar. O câncer de laringe tem uma incidência dez vezes maior no sexo masculino em relação ao sexo feminino, predominando entre a 5ª e a 7ª décadas de vida. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma espinocelular carcinoma epidermoide ou de células escamosas, responsável por mais de 95% dos tumores malignos da laringe. O restante dos cânceres laríngeos fica constituído pelo carcinoma verrugoso e os tumores das glândulas salivares menores (BRANDÃO, 1999).

A problemática que deu origem a esta dissertação de mestrado emergiu do cotidiano da prática de cuidar de homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, de um setor especializado em cirurgia oncológica de um grande hospital da cidade do Rio de Janeiro. No cotidiano de cuidar de adultos homens e mulheres, chama atenção o fato de que quando cuidamos, estamos a todo tempo em contato com os pacientes que se comunicam, trocam mensagens através de gestos e toques, formando um elo nos cuidados de enfermagem.

Mas percebo, também, que os cuidados que são oferecidos aos homens no período de internação, na maioria das vezes, satisfazem apenas às necessidades biológicas desses pacientes, dando pouca ênfase às necessidades biopsicossociais e espirituais.

Penso que o cuidado com a traqueostomia torna-se um desafio para a enfermagem, pois envolve habilidades de observação e detecção precoce de sinais de complicações, tais como sangramento, infecção no estoma, obstrução e pneumonia.

Por outro lado, diante desse cotidiano, Barichello (2002) explica que os desafios para a enfermeira não se limitam apenas a ter conhecimentos técnicos científicos para realizar o cuidado com a traqueostomia, mas oferecer os cuidados ao paciente contemplando os aspectos biopsicossocial e espiritual.

Dessa forma, os homens com traqueostomia precisam ser parceiros diretos no cuidado, pois o processo de cuidar não pode ficar unilateral aos cuidados que a enfermagem pensa que os homens gostariam de receber, como, por exemplo, oferecer a rede protetora de traqueostomia, para uso no seu cotidiano. Precisamos dar voz ao homem com traqueostomia, deixá-lo fazer parte dos cuidados que lhe são oferecidos.

Sendo assim, decidi colocar em prática uma forma de cuidado específica ao homem traqueostomizado, direcionando-o como sujeito do cuidado, participativo, reflexivo, oferecendo oportunidades para expressar as suas necessidades de cuidado, tais como: segurança, autoimagem e comunicação, pois os homens apresentam comportamentos sociais diferentes que apontam para as especificidades das suas necessidades. Dázio (2009), em seu estudo de doutoramento sobre os sentidos de ser homem com estoma intestinal, informa que as necessidades específicas de apoio ao cuidado dos homens impõem uma base reflexiva para os profissionais programarem suas ações de cuidados, no processo de reabilitação ao portador de câncer, em todos os níveis de atenção à saúde e, dessa forma, poder incorporar as diretrizes da política no cuidado aos homens.

Na linha de observação cotidiana, um dos pontos frequentes de reflexão, quanto à prática de cuidar de paciente adulto traqueostomizado, é sobre como o paciente do sexo masculino recebe os cuidados de enfermagem, e como esses cuidados atendem às necessidades básicas dos pacientes, levando em conta a sua especificidade masculina.

O cuidado com a traqueostomia envolve diferentes procedimentos tais como: retirada e introdução da cânula; higienização do estoma; posicionamento da almofada protetora da traqueostomia; posicionamento e fixação do cadarço; umidificação da via aérea in-

ferior; aspiração das secreções pulmonares; estímulo à tosse e posicionamento do corpo para facilitação da tosse; cuidados com os aspectos nutricionais, psicológicos e respiratórios de higienização, de inserção no grupo social, entre tantos, outros importantes no contexto de vida diária.

Tendo em vista a complexidade do quadro desse paciente, precisamos colocá-lo como o principal sujeito do cuidado, recriando os cuidados para ele, a partir de identificação e busca no atendimento às necessidades básicas de saúde afetadas dos homens traqueostomizado, com base em estratégias de criatividade no modo de cuidar, percebendo-o de forma integral, único e indivisível.

Por conseguinte, torna-se necessária a utilização de uma nova forma de cuidar no qual o homem não seja apenas um ser passivo no cuidado, mas que participe de todo o processo de cuidar. (SALES, ESPÓSITO, 2002)

O homem portador de câncer na laringe com traqueostomia sofre com limitações de seus ideais, não só pela facticidade da doença, mas também pelas atitudes impositivas e imperativas daqueles que se preocupam com o cuidado e, muitas vezes, deixam de considerá-lo como alguém capaz de tomar decisões. As estimativas para o biênio 2012-2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país.

São esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino para o ano de 2012, no Brasil, esperam-se 6.110 casos novos de câncer da laringe, com risco estimado de seis casos a cada 100 mil homens. O câncer da laringe ocupa a sexta posição na região Sudeste há oito casos para 100 mil homens. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Estudos demonstraram pelas taxas de mortalidade segundo o sexo e a idade, em capitais brasileiras, que os homens morrem mais pelo câncer. Atualmente o câncer de laringe é considerado a doença crônica mais temida pela sociedade, mesmo sendo a única que apresenta real possibilidade de cura, principalmente se diagnosticada precocemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A seguir observam-se as neoplasias mais frequentes no Brasil.

**Quadro 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no sexo masculino estimados para 2012, exceto de pele não melanoma**

Localização primária	Casos novos	Percentual	Localização primária	Casos novos	Percentual
Próstata	60.180	30,8	Esôfago	7.770	4,0
Traqueia, brônquio e pulmão.	17.210	8,8	Bexiga	6.210	3,2
Cólon e reto	14.180	7,3	Laringe	6.110	3,1
Estômago	12.670	6,5	Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7
Cavidade oral	9.990	5,1	Sistema nervoso central	4.820	2,5

Fonte: Instituto Nacional de Câncer – INCA-RJ, 2012.

Dessa maneira, devido à incidência do câncer de laringe em homens e seu complexo tratamento, como, por exemplo, o cirúrgico, na maioria das vezes o paciente do sexo masculino precisa conviver com a traqueostomia, fenômeno a ser estudado.

Os termos traqueotomia e traqueostomia implicam procedimentos diferentes. A traqueotomia, que é a incisão feita na traqueia pelo pescoço, é considerada um procedimento simples de abertura na traqueia para introdução da cânula.

Por outro lado, traqueostomia é um procedimento mais amplo que, além da abertura artificial na traqueia, envolve manobras para construção do estoma, com suturas nas bordas da pele do pescoço, podendo ser temporária nas laringectomias parciais ou definitivas na laringectomias totais (ANDERSON; ANDERSON, 2001).

A traqueostomia tem a finalidade de favorecer a função respiratória em situação de obstrução da via aéreas superiores, devida, por exemplo, a um câncer na laringe. Esta abertura é denominada estoma e nele é inserida uma cânula de polietileno ou metal, com ou sem balão. Em geral, a cânula de polietileno com balão é usada nas primeiras 72 horas pós-operatórias e, em seguida, é substituída pela cânula metálica. A cânula metálica possibilita que o paciente emita sons; para falar com a cânula metálica, o paciente tem que obstruir a saída de ar (CLARCK, 1997).

A indicação mais crítica para uma traqueostomia é a obstrução das vias aéreas causadas por câncer, em especial o de laringe, traumatismo grave, edema cervical inflamatório e anomalias congênitas. Em pacientes com necessidade de suporte ventilatório prolongado, a traqueostomia é realizada para conforto e prevenção de lesões orais e laringeas (ROCHA *et al.* 1999).

Sendo assim, de acordo com as causas específicas, e para efeito didático, as indicações para as traqueostomias são subdivididas em: obstrução mecânica das vias aéreas superiores; obstrução das vias aéreas devido à retenção de secreções pulmonares; e câncer de cabeça e pescoço. As traqueotomias podem ser classificadas em temporárias, que permanece de 7 a 30 dias, e definitivas quando ocorre a remoção da laringe. (1999).

A literatura aponta que o câncer de laringe é mais frequente no homem, sendo os fatores desencadeadores o uso contínuo do fumo e do álcool (HORTENSE, 2008).

Um levantamento realizado nas bases de dados estatísticos do Instituto Nacional de Câncer no período de 2005-2010 mostrou a frequência do procedimento da traqueostomia em homens por câncer na laringe. Observa-se no quadro.

**Quadro 2 – Frequência do procedimento de traqueostomia em homens por câncer na laringe 2005 - 2010**

Ano	Nº de traqueostomias	Nº (%) homens
2005	281	226 (79)
2006	325	260 (80)
2007	318	253 (79)
2008	373	306 (82)
2009	273	212 (78)
2010	307	260 (85)



Estudos epidemiológicos sugerem que o álcool tem papel fundamental na carcinogênese, especialmente para cânceres de boca, faringe e laringe, pelo fato de ter efeito maior nos tecidos diretamente expostos durante o consumo, e por agir sinergeticamente com o tabaco (HORTENSE, 2008).

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem aos homens com traqueostomia por câncer na laringe tem características próprias que o tornam distintos, pois a presença da traqueostomia acarreta mudanças na vida cotidiana do homem traqueostomizado, como, por exemplo, alteração na imagem corporal. O cuidado de enfermagem deve atender às necessidades de natureza fisiológica, psicológica, social e espiritual ao homem com traqueostomia. A construção do saber na enfermagem torna-se necessária, para que o cuidado aos homens e as necessidades básicas de saúde sejam atendidos de forma única.

Nesse panorama, a temática relacionada à saúde masculina e aos cuidados aos pacientes tem sido pouco abordada e discutida, já que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é recente no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), assim como a construção de um cuidado de enfermagem com perfil e características direcionada ao homem.

Assim sendo, o Ministério da Saúde lançou em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com a proposta de estimular pelo menos 2,5 milhões de homens, entre 20 e 59 anos a procurarem o serviço de saúde ao menos uma vez ao ano, promovendo uma mudança na maneira como a população masculina se relaciona com a saúde.

A política destaca os Princípios e Diretrizes, afirmando que os agravos à saúde do sexo masculino são problemas de saúde pública, e sua proposição visa qualificar a integralidade da atenção à saúde da população masculina brasileira.

O documento mostra que, entre os indicadores de mortalidade para a população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos, os cânceres ocuparam o terceiro lugar, sendo responsáveis por 43,2% dos óbitos no país.

Nesse sentido, quando se trata de morbimortalidade de homens, podemos destacar a existência de determinantes biológicos que estão associados a alguns fatores de risco para diversas doenças, em especial o câncer de laringe como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Mesquita (2008) identificou na dissertação de mestrado necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico: subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, cujos resultados indicaram interdependência dos cuidados uma vez que os homens foram observados em sua totalidade, sendo as necessidades de cuidados físicos e orientação para o autocuidado as mais referidas, o que nos aponta para o caráter de resolutividade do gênero masculino.

Diante da problemática apresentada e do pequenos números de publicações, refletiu-se e optou-se estudar a temática, pois os resultados mostram a necessidade de se fazer uma pesquisa que aprofunde o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem aos homens adultos com traqueostomia.

Estudo possa contribuir na área da assistência, de ensino, da pesquisa de enfermagem e da sociedade, trazendo ao contexto acadêmico reforço no debate da temática saúde do homem portador de câncer na laringe com traqueostomia hospitalizado e os cuidados de enfermagem via construção de conhecimento científico.

Penso que a primeira contribuição poderá gerar novos conhecimentos de enfermagem, na medida em que elucidará questões que envolvem os homens no cotidiano dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar, de forma geral e especial, em casos de câncer de laringe e com traqueostomia.

As contribuições também poderão ser de natureza assistencial clínica no que diz respeito ao cuidado de enfermagem recebido, pois poderão ser discutidos os cuidados cotidianos a partir de situações vivenciadas. De certo, a incorporação dos resultados do estudo à assistência possibilitará inserir o homem como sujeito do cuidado. As contribuições para o campo da pesquisa e ensino abrirão oportunidades para discussões sobre questões do cuidado aos homens, como foco nas pesquisas de enfermagem e na área da saúde.

Conforme Lima (2002), a enfermagem oncológica configura-se em um campo propício para a prática do cuidado, principalmente no que tange à sua dimensão sensível e tecnológica renovada diariamente.

Destaco também que, por inserir-se na linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem Hospitalar, este estudo certamente contribuirá para a ampliação do conhecimento de enfermagem, gerado pelas pesquisas que pretende-se desenvolver.

Este estudo aponta a necessidade de considerar o universo do cuidado como um subsídio na prática de cuidado e oferecer cuidados aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia.

Desse modo, concordamos com Coelho (2007) que expressou, no estudo realizado com cuidados cotidianos que o conhecimento científico do cuidado exige capacidade de julgar, explicar, desdobrar, justificar e produzir.

Nesse contexto discutimos os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizado com traqueostomia por câncer na laringe.

Diante do exposto, deve-se refletir:

Quem são os homens hospitalizados com traqueostomia?

Quais são os cuidados de saúde recebidos pelos homens adultos com traqueostomia?

Quais os cuidados de saúde necessários apontados pelos homens com traqueostomia por câncer na laringe?

Nesse sentido, a resposta a essas reflexões foram apresentar quem são os homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe.

Analisar as necessidades de cuidados cotidianos sob a ótica dos homens com traqueostomia

Descrever os cuidados cotidianos recebidos pelos homens adultos com traqueostomia.

## **Epidemiologia**

O câncer de laringe é um dos mais frequentes a atingir a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área. Câncer de cabeça e pescoço é um termo coletivo definido por bases anatômico-topográficas para descrever tumores malignos do trato aerodigestivo superior. Esta divisão anatômica inclui a cavidade oral, faringe e laringe. Cerca de 40% dos cânceres de cabeça e pescoço ocorrem na cavidade oral, 15%, na faringe, e o restante nos demais sítios remanescentes glândula salivar, tireoide. O tipo histopatológico mais frequente é o carcinoma espinocelular, presente em mais de 90% dos casos (LIMA, 2001).

Estudos revelaram que o risco de desenvolvimento dessas neoplasias é 14,3 vezes maior em indivíduos que fumam em

comparação aos que não fumam. O tabaco é considerado o mais importante fator etiológico no câncer da laringe. O consumo de bebidas alcoólicas também contribui, significativamente, para o desenvolvimento de câncer. O risco do desenvolvimento do câncer laríngeo é potencializado pela sinérgica do fumo e do álcool, aumentando o risco de desenvolvimento do câncer em cerca de 100%. Outros fatores etiológicos associados são o papiloma vírus humano (HPV), as hipovitaminoses e o refluxo gastroesofágico (OLIVEIRA, 2006).

Estudos propõem que os carcinomas das vias aéreas superiores são adquiridos após inúmeras exposições a agentes agressivos externos. A doença é rara na infância existindo diferenças individuais na suscetibilidade a estes agentes. A suscetibilidade genética pode ocorrer por polimorfismo genético das enzimas capazes de metabolizar os agentes carcinogênicos defeitos nos mecanismos de reparo do DNA características genéticas relacionadas, como gênero e grupo etário, bem como síndromes de suscetibilidade familiar ao câncer (FILHO, 2004).

Estudos genéticos e de biologia molecular estão sendo desenvolvidos, ainda sem dados conclusivos. Um dos genes mais estudados é o gene supressor do câncer TP 53, que codifica uma fosfoproteína nuclear de 53 K da proteína 53 com função no controle do ciclo celular e indução de apoptose. Mutações neste gene têm sido detectadas em pacientes com tumores de cabeça e pescoço (ALVARENGA, 2008).

A laringe é dividida em três regiões anatômicas, a saber: supraglote que inclui epiglote, pregas vestibulares, ventrículos, pregas ariepiglóticas e aritenoides; glote que inclui as pregas vocais e a comissura anterior e a região interaritenóidea; subglote que começa um centímetro abaixo das pregas vocais e se estende até a borda inferior da cartilagem cricoide ou primeiro anel (DIAS, 2005).

A possibilidade de desenvolvimento de segundos tumores primários em períodos iguais ou distintos, também chamados de sincrônicos e metacrônicos do trato aerodigestivo superior, boca, faringe, laringe, traqueia e esofagocervicais, é estimada em 5% a 35%. Os fatores etiológicos são os mesmos descritos para o câncer laríngeo. O esôfago é o sítio mais frequente de segundos tumores primários.

É fundamental estabelecer o mais precocemente possível o diagnóstico do câncer da laringe, pois se aumentam significativamente as possibilidades de cura e torna-se possível a utilização de terapêutica mais conservadora, com menos mutilação, mantendo-se a integração social e a capacidade produtiva dos pacientes. Os sintomas que nos fazem pensar em um tumor de laringe incluem a disфония, dispnea, odinofagia e a disfagia, que se associam em grau diverso, de acordo com localização, tamanho e infiltração tumoral. Todo paciente com um quadro de rouquidão com duração superior a 4 semanas deve ser avaliado quanto à presença de câncer na laringe (HORTENSE, 2000).

Os tumores glóticos levam mais frequentemente a queixa de disфония, sendo a dispnea e a disfagia sintomas tardios. As lesões iniciais provocam alteração da qualidade vocal por afetarem a onda mucosa da prega vocal, restringindo o fechamento glótico, além de causarem o turbilhonamento do fluxo aéreo, levando a uma voz de padrão rouco e áspero. A realização da videolaringoestroboscopia, que permite um exame detalhado da onda mucosa, facilita o diagnóstico precoce. Em casos mais avançados pode ocorrer o acometimento da musculatura intrínseca da laringe, da articulação cricoaritenóidea, do nervo recorrente e regiões vizinhas, levando a paralisia da prega vocal (BARBOSA, 2005).

Nos tumores supraglóticos, a disfagia e a odinofagia são os sintomas usuais, inicialmente sem alterações vocais. Otalgia reflexa e dor de garganta são sintomas que também podem estar presentes. Pode ocorrer obstrução das vias aéreas em tumores maiores. As lesões primitivas da epiglote e da prega ariepiglótica levam mais frequentemente a sintomas relacionados à deglutição, enquanto o acometimento das pregas vestibulares é menos sintomático. Linfonodos metastáticos ocorrem em 25% a 50% dos pacientes com câncer supraglótico, sendo comum à doença contralateral. (LIMA, 2002).

Nos casos de lesões subglóticas, os sintomas são mais pobres e tardios. O tumor pode crescer lentamente na subglote até comprometer a luz laríngea, levando à obstrução das vias aéreas. Nos casos iniciais, pode se apresentar como um quadro de asma refratária ao tratamento clínico.

Exame geral da cabeça e pescoço objetiva avaliação da extensão locorregional do câncer, além de procurar identificar a presença de outros primários na região da cabeça e do pescoço, assim como

a detecção de metástases para linfonodos regionais. Laringoscopia indireta pode ser feita com uso de espelhos de Garcia que facilitam e amplificam a imagem e tem por finalidade identificar o aspecto morfológico das lesões na laringe, além da funcionalidade do órgão, possibilitando o seu estadiamento (OLIVEIRA, 2002).

Da mesma forma, videofaringolaringoscopia facilita a documentação das lesões da laringe. A realização de exames como rinoscopia anterior e posterior e, eventualmente, traqueoscopia fazem parte integrante da avaliação da cabeça e pescoço (LIMA, 2008).

A avaliação clínica de um paciente com suspeita de câncer na laringe deve incluir uma anamnese detalhada, avaliando-se não só a queixa principal e o interrogatório sistemático, mas também os fatores epidemiológicos. A grande maioria dos casos é de pacientes do sexo masculino, na quinta ou sexta década de vida, tabagistas com queixa de rouquidão de caráter insidioso e progressivo (BRASIL, 2004).

Laringoscopia direta com biópsia deve ser utilizada nos casos em que a biópsia durante a laringoscopia indireta não foi possível, ou em casos de exame indireto difícil em que se deseja melhor visualização. O uso da tomografia computadorizada e ressonância magnética é indicado na avaliação da extensão da lesão quando se pretende indicar alguma cirurgia parcial, ou quando se pretende avaliar a operabilidade de pacientes após recidiva ou em estágios muito avançados. Em pacientes obesos com pescoço de difícil palpação, podem ser utilizadas para detecção de linfonodos cervicais em casos de alto risco para metástases cervical, como os cânceres supraglótica (BARBOSA). A indicação preferencial dependerá da localização precisa da lesão. A invasão da comissura anterior em lesões glóticas apresenta um impacto negativo, tanto no tratamento com radioterapia quanto em ressecções a laser.

Atualmente, diversas técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas no tratamento desses pacientes, reservando-se a laringectomia total para casos extremos. Com o exame adequado e preciso da laringe, pode-se efetuar um diagnóstico mais precoce, o que propicia a realização de ressecções parciais como as laringectomias parciais por via endoscópica ou por abordagem externa, que, associada às técnicas de reconstrução e reabilitação fonoaudiológica, pode atingir excelentes resultados oncológicos e funcionais.

A radioterapia é também uma importante arma terapêutica para os tumores iniciais. Os avanços nas técnicas de diagnóstico

por imagem, assim como protocolos novos de quimioterapia associada à radioterapia, trouxeram novas perspectivas ao tratamento do câncer de laringe.

Nos últimos anos, tem sido observada maior preocupação com a preservação da voz quando do tratamento do câncer da laringe, buscando-se cirurgias mais conservadoras que mantenham os mesmos índices de cura das cirurgias radicais, sobretudo em cânceres avançados.

Esse avanço tem sido conseguido graças a estudos das vias de disseminação do câncer da laringe e das novas técnicas cirúrgicas e a uma rigorosa seleção dos pacientes com cânceres na laringe podem ser tratados, com sucesso e preservação funcional da laringe, pela radioterapia e pela ressecção endoscópica com laser (DIAS, 2005).

A sobrevida relativa está entre 60% e 70% na Europa e na América do Norte, podendo ser mais baixa em países em desenvolvimento. A sobrevida dependerá da sub-localização do câncer e do estágio da doença. Em países em que as pessoas apresentam um alto consumo de álcool, o prognóstico é pior, em decorrência da alta incidência de câncer supraglótico. Aproximadamente 2/3 desse câncer surgem na glote e 1/3 acomete a laringe supraglótica (LIMA, 2008).

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério de Saúde, de todos os óbitos que ocorreram no país em 2008, os óbitos de homens corresponderam a quase 60%, e as principais causas de morte neste grupo são, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, em segundo as causas externas, como homicídios e acidentes e, em terceiro o câncer.

No mundo, o câncer da laringe é o segundo câncer do aparelho respiratório, sendo o mais comum entre os diversos tipos de câncer da cabeça e pescoço, representando 2% do total das neoplasias malignas. Uma estimativa mundial apontou a ocorrência de cerca de 129 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 70 mil pessoas por ano.

A incidência é maior em homens com idade acima de 40 anos. Observa-se uma tendência de declínio da mortalidade pelo câncer da laringe em vários países, sendo maior em países europeus (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

O câncer de cabeça e pescoço ocupa a quinta posição na lista dos cânceres frequentes, com uma incidência mundial estimada de 780.000 novos casos por ano (DOBROSSY, 2005).

## **Implicações orgânicas no cuidado ao homem com traqueostomia por câncer na laringe**

É de conhecimento geral que a vida depende da troca de gases, mas poucos compreendem quanto à saúde pode ser afetada pela natureza da respiração. Nesse sentido, devemos estar alerta para manter as vias aéreas do paciente traqueostomizado com boa oxigenação.

A oxigenação é considerada o primeiro cuidado de enfermagem, exigindo a incorporação de várias medidas e o cuidado bem organizado. O atendimento desse cuidado abrange vários procedimentos com o objetivo de manter o tubo de traqueostomia desobstruído.

Barichello (2002) descreve que uma das formas de manter uma traqueostomia desobstruída é limpar suave e rapidamente as secreções traqueobrônquicas expelidas pelo paciente, o que constitui medidas de cuidado e ação preventiva para manter a cânula pérvua.

A umidificação é também importante por reduzir a possibilidade de infecção destas secreções, que são meio de cultura bacteriana. Os exercícios respiratórios também favorecem a oxigenação, pois contribuem para melhorar a circulação e a expansão pulmonar e, conseqüentemente, a oxigenação. A oxigenação é também beneficiada quando se oferece uma ambiência adequada, ou seja, quartos arejados e longe da poluição (MASSON; FOUQUET; GONÇALVES, 2008).

A necessidade de segurança, presente em qualquer situação, deve ser vista de preferência desde os momentos que antecedem o diagnóstico e o ato cirúrgico. Envolvem a ajuda em suas expectativas e ansios, alívio e apreensão em relação às novas circunstâncias. Outros fatores são considerados em relação a este aspecto, quais sejam: observar a possível existência de hemorragia, levando em consideração que, em geral, as primeiras secreções que saem da cânula são mucos-sanguinolentos; evitar a possibilidade de infecção secundária e presença de corpos estranhos na ferida cirúrgica.

No traqueostoma por meio de curativo estéril, o curativo deve ser colocado cuidadosamente atrás da borda do tubo de traqueostomia e trocado toda vez que ficar sujo; deve-se ainda atentar para as bordas da pele em torno do estoma traqueal; manter estabilizados os sinais vitais por meio do controle permanente da temperatura corporal, respiração, frequência cardíaca e pressão arterial; vigiar frequentemente o tipo de respiração apresentada, a coloração da pele e as condições do curativo.



A importância dessa vigilância é evidenciada por Santana (2004) ao referir que o pulso e a pressão arterial devem ser verificados a cada duas horas, para detectar sinais de sangramento, e que a respiração ofegante ou com ronco é sinal de obstrução a mudança de cor pálida para cianótica pode indicar insuficiência respiratória. Aliviar o estado de ansiedade do paciente pode ser um cuidado fundamental, uma vez que o homem fica receoso de não ser capaz de respirar pelo pequeno tubo de traqueostomia.

Outros tipos de receios estão relacionados ao prolongamento da recuperação, à alteração na comunicação, na autoimagem e no papel social até então desenvolvido. O sentimento de segurança é muito importante para o homem que está recebendo os cuidados de enfermagem.

A segurança pode ser suprida quando se mantém, conforme Dochterman (2008), um ambiente psicossocial positivo que favoreça a segurança do homem, e promova meio de cuidado ao homem traqueostomizado na percepção e compreensão do seu estado de saúde. Para essa autora segurança é a intensificação da sensação de segurança física e psicológica do paciente.

A necessidade de comunicação é também hierarquizada como prioritária em casos de homens com traqueostomia, podendo ser estes atendidos por meio de algumas medidas, como: desenvolver um sistema de comunicação entre o homem e a equipe de saúde, sua família e seus amigos. Melles (2001) afirma que se deve discutir com o paciente, família e amigos a melhor maneira de estabelecer um sistema de comunicação, estimular a comunicação, informando sobre os desconfortos acarretados pelo uso da traqueostomia e a importância de efetivá-la precocemente.

Segundo Zago (1998), a percepção e a necessidade de interagir com o meio ambiente acentua-se nas primeiras horas após a realização da traqueostomia. Neste momento, o paciente pode utilizar a comunicação através da escrita, dependendo da sua habilidade em utilizar caneta e papel, empregar artifícios capazes de suprir as dificuldades de comunicação do homem com traqueostomia. Preconiza-se que devemos deixar ao alcance do paciente papel e lápis, para que ele possa se comunicar por escrito, se ele puder e souber fazê-lo.

Existem outros meios de comunicação, como o uso das mãos e outros sinais, como de uma campainha ao alcance da pessoa, por

exemplo. Ainda nessa linha de pensamento, o homem pode escrever mensagens pode-se recomendar o uso de quadros mágicos, papel e lápis, quadro mural contendo palavras e símbolos dos objetos mais usados. Assim, quando o paciente apresentar uma necessidade, poderá apontar uma palavra ou símbolo que leve ao atendimento da necessidade do homem (BARROS, 2009).

A hidratação é uma das necessidades afetadas no homem traqueostomizado, sendo sua intensidade aumentada em virtude das secreções eliminadas espontaneamente, das aspirações frequentes e das implicações decorrentes da doença desencadeante, como por exemplo, o câncer de laringe. Santana (2004) recomenda que a hidratação pode ser realizada mediante o seguinte cuidado: umidificação. O homem com traqueostomia não consegue manter o ar inspirado umedecido permanentemente, sendo, portanto, indispensável a hidratação e a umidificação nos três primeiros dias do pós-operatório conforme

Deve-se instituir ingestão líquida adequada, visando auxiliar a hidratação e a umidificação. Em homens que apresentem secreções brônquicas aumentadas, recomenda-se cerca de dois litros de líquidos diários, adequando-se a hidratação ao estado do homem traqueostomizado, considerando seus reflexos, a viscosidade das secreções, assim como a reposição de líquidos dentro dos limites da dieta prescrita pela nutricionista, e implementar um sistema de controle de líquidos ingeridos e eliminados.

### **Os cuidados cotidianos ao homem hospitalizado com traqueostomia**

A experiência da hospitalização é uma situação difícil, e o paciente muitas vezes precisa ser tratado com procedimentos invasivos como a traqueostomia. O hospital é um mundo circundante estranho às experiências antes vivenciadas, as comunicações têm novos significados (LAUTERT, 1998).

Nesse sentido, o adoecer humano constitui um evento de intensa ansiedade e insegurança, gerando alterações comportamentais significativas, e, quando a hospitalização é acrescida a essa situação, pode potencializar os sentimentos até então manifestos, pois traz consigo o afastamento do meio natural do homem hospitalizado.

Assim, o cotidiano do homem fica completamente modificado em todos os níveis, tanto de necessidades básicas, gregárias de autoestima e autoimagem.

Dessa forma, o cuidado ao homem hospitalizado com traqueostomia envolve tanto habilidades de observação e detecção precoce de sinais e sintomas de complicações, como também, de imediata intervenção.

As complicações da traqueostomia podem ser precoces ou tardias e sempre dificultam a recuperação fisiológica do paciente e, conseqüentemente, a reabilitação biopsicossocial. As principais complicações são: alterações morfológicas e funcionais na mucosa do trato respiratório, pneumonia, fistulas traqueoesofágica e traqueocutâneas (PEDROLO, 2000).

Além dessas complicações, a traqueostomia provoca alteração na imagem corporal e na comunicação do paciente. Assim, o homem com traqueostomia deverá ser informado quanto a essas complicações, e a enfermagem deve detectar e atuar efetivamente diante dos sinais e sintomas apresentados.

Os cuidados de enfermagem ao homem adulto hospitalizado com traqueostomia é específicos ao tipo de cânula usada (introdução e remoção, limpeza da cânula metálica interna), como também os cuidados gerais, relativos à umidificação do ar inspirado, aspiração das secreções e higienização do estoma (BARICHELLO, 2002).

O cuidado com a traqueostomia envolve diferentes procedimentos, sendo necessário fazer uma monitorização clínica do paciente para oferecer o cuidado de enfermagem, tais como: cuidado com a frequência respiratória expansibilidade pulmonar e ruídos pulmonares cuidado com a integridade do estoma, com a dor e condições da ferida operatória cuidado com a quantidade de secreções pulmonares e a coloração avaliação da deglutição e risco de broncoaspiração cuidado na capacidade de comunicação verbal e na capacidade do paciente em realizar autocuidado apropriado com a cânula e estoma.

Nesse sentido, a qualidade do cuidado com a traqueostomia é um dos aspectos fundamentais para a recuperação fisiológica do homem traqueostomizado e a restauração das suas funções cognitivas e afetivas evitando-se as complicações.

Além disso, acreditamos que as condições clínicas do homem com traqueostomia por câncer na laringe são diferentes das dos pa-

cientes traqueostomizado de uma Unidade de Terapia Intensiva, por exemplo. Evidentemente, essa afirmação está baseada em observação não sistematizada.

Quanto aos cuidados com a aspiração da traqueostomia, inicialmente o tubo de traqueostomia causa irritação na mucosa da traqueia, que ocasiona aumento da produção de secreção. Portanto, o objetivo da aspiração é manter a via aérea limpa e uma aspiração com características normais, sem causar trauma ou hipóxia. Os cateteres da aspiração traqueal devem permanecer estéreis durante a sua utilização e serem utilizados somente uma vez (BARICHELLO, 2002).

Para Martins (2008), a aspiração da traqueostomia não deve ser realizada com base no horário prescrito, mas após a avaliação das características respiratórias do homem traqueostomizado, a fim de diminuir as complicações associadas a ela, (hipóxia, aumento da pressão arterial e danos do tecido da traqueia).

A aspiração traqueal deve ser realizada quando o paciente não consegue eliminar as secreções. NANDA (2011) define eliminação traqueobrônquica ineficaz como sendo: “estado no qual o indivíduo é incapaz de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório, para mantê-lo livre”.

Nesse sentido, a aspiração é uma parte essencial do cuidado ao homem com traqueostomia, com alguns pacientes com mais necessidades que outros, e a aspiração ideal é aquela que, quando realizada, remove a maior quantidade de secreção, com um mínimo de dano ao tecido e um mínimo de hipóxia (FARIAS, 2006).

Quanto aos cuidados durante o banho de aspersão via chuveiro, deve-se proteger sempre a traqueostomia, evitando a entrada de água. Isso pode ser feito utilizando-se protetores específicos para o banho, colocando a mão como barreira em frente à traqueostomia ou mantendo sempre o pescoço flexionado para baixo durante o banho.

Quanto ao cuidado com a fixação da cânula, é importante manter a cânula de traqueostomia sempre fixa e segura em volta do pescoço. Para isso, deve-se trocar a fixação sempre que a cânula estiver suja, molhada ou desfiada, deixar sempre uma folga de aproximadamente um centímetro para que não incomode o paciente e, o mais importante, colocar primeiro a fixação limpa, certificar-se de que está segura e posteriormente realizar a retirada do cadarço sujo.

Higienização do estoma é importante para prevenir a infecção do tecido subcutâneo Deve-se proceder à limpeza com solução

fisiológica no mínimo de oito em oito horas, observar o estoma durante as trocas destes curativos, avaliando a presença de hiperemia, secreções e lesões da pele, um dos aspectos fundamentais para a integridade da pele ao redor do estoma é manter a almofada. Essas almofadas têm o objetivo de absorver as secreções e impedir o atrito da base da cânula com a pele e devem ser trocadas sempre que estiverem úmidas (BEHLAU, 1999).

A higienização do estoma consiste na remoção das secreções, úmidas ou ressecadas que se acumulam ao redor e deve ser realizada com técnica asséptica, com todos os materiais estéreis.

A almofada da traqueostomia pode ser confeccionada com gazes estéreis dobradas que devem ser posicionadas nas laterais da base da cânula, ou podem ser substituídas por almofadas de espuma com alta densidade com poder de absorção e de tamanhos específicos, segundo os tipos de cânulas.

A umidificação da via aérea inferior de um homem com traqueostomia sofre modificações. Isso significa que tanto o aquecimento como a umidificação do ar e o mecanismo de defesa normal – tosse e transporte de mucosidade – são afetados. A presença da traqueostomia causa resfriamento e, assim, o ar seco alcançar os brônquios e pulmões. Portanto, é importante

que haja uma constante e sistemática umidificação da via aérea inferior, até que o paciente se adapte ao meio ambiente externo.

Com isso, a vaporização contínua com água esterilizada aquecida é essencial para evitar a formação de crostas, responsável por obstruir a via aérea, e para manter as secreções úmidas, que poderão ser removidas pela aspiração.

Deve-se também avaliar a hidratação sistêmica do paciente e o ressecamento das secreções pulmonares e realizar inalação com solução fisiológica para fluidificação dessas secreções e assim facilitar a remoção, proporcionando conforto para o paciente.

Para a realização da aspiração traqueal devemos utilizar o cateter de aspiração nº 14 ou 16 em homens, ter o cuidado de não ligar a sucção durante a introdução do cateter e introduzir o cateter na traqueostomia cerca de 12 a 14 cm (2 a 3 cm além do comprimento da cânula). E enquanto aplicar sucção, faça movimentos rotatórios e prossiga retirando o cateter da traqueia; não aplicar sucção por mais de dez segundos e observar a quantidade e as características da secreção (BARICHELLO, 2002).

Os cuidados com a cânula metálica incluem a limpeza da sub-cânula e a aspiração traqueal, que deve ser realizada de seis em seis horas, ou conforme a quantidade de secreção brônquica apresentada pelo paciente. O conjunto completo da cânula metálica somente deverá ser removido após a maturação do traqueostoma quando ocorrer a canalização traqueal, que é por volta do sétimo dia de realização da traqueostomia (ROCHA, 1999). É importante orientar ao paciente quanto à utilização dos protetores de traqueostomia com a finalidade de prevenir a entrada de poeira, folhas e insetos.

O paciente traqueostomizado têm aumento na produção de secreção brônquica reflexa à perda da umidificação das vias aéreas e necessita de cuidados de enfermagem e fisioterapia respiratória. Deve-se remover as secreções utilizando sondas e luvas estéreis e com sistema de aspiração por pressão negativa, até certificar-se que o paciente respire confortavelmente e repetir o procedimento quantas vezes for necessário. Sucções frequentes podem causar sangramento na traqueia.

## CAPÍTULO 2

# MASCULINIDADES NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA CUIDADO

### **Cuidados de enfermagem**

A fim de facilitar o entendimento no desenvolvimento do estudo e fundamentar as discussões a respeito do objeto de estudo, resgatou-se o pensamento de alguns estudiosos de temas como cuidar cuidados descrito por Coelho (1999), e Cotidiano, de Certeau (2008).

Coelho (2006), enfermeira docente e coordenadora do grupo de pesquisa cuidar/cuidados de enfermagem, ao realizar um estudo qualitativo na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em uma unidade de emergência e posteriormente em unidades hospitalares, procurou identificar as maneiras de cuidar em enfermagem e estruturar um sistema de cuidar/cuidados, utilizando os conceitos de cuidar, cuidados e cliente aliado ao de cotidiano de Certeau (2008).

O cotidiano inventa-se com mil maneiras de fazer, caracteriza-se por ser construído a todo o momento, de uma forma própria, destaca-se com os mínimos detalhes contidos em todo dia; explica que o presente inventa o antes e o depois, caracterizando a existência de um agora, que é a presença no mundo (CERTEAU, 2008).

Foram analisadas as maneiras de cuidar e como resultado obtiveram-se 240 maneiras de cuidar em enfermagem, desde a admissão até o óbito. Ressalta-se que a construção das maneiras de cuidar aponta para um cuidado individualizado voltado para a complexidade dos casos, não focando somente biológico dos sintomas, mas considerando-se os dados subjetivos (COELHO, 2006).

Mas o que chamou atenção entre as 240 maneiras de cuidar foi o cuidado da autoimagem comprometida (recompôr o retrato mental do paciente em relação ao seu corpo, ao conceito que ele faz de si mesmo e como vislumbra seus limites, suas formas, enfim sua autoimagem antes e durante a hospitalização), pois vem de encontro ao

objeto do estudo, os homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe.

Deve-se ressaltar que o cuidado da autoimagem comprometida (COELHO, 2006) caracteriza uma das especificidades dos cuidados em oncologia oferecidos aos homens hospitalizados com traqueostomia.

Assim, penso que as maneiras de cuidar em enfermagem em oncologia apresentam características específicas, visando resgatar os aspectos que se encontram encobertos pela hospitalização, como, por exemplo, a autonomia da pessoa.

Nessa perspectiva, os cuidados de enfermagem em oncologia tornam-se complexos, compreendem todas as ações da enfermeira direcionadas ao paciente traqueostomizado desde a sua internação até a alta hospitalar, quando se iniciam os cuidados especiais abrangendo o cuidado admissional, perpassando pelos cuidados do corpo transformado pelo uso da traqueostomia, cuidado social, cuidado confortável, cuidado por gestos, cuidado noturno, cuidado diurno, cuidado do ambiente, cuidado higiênico e, por fim, cuidado de saída que seria a alta hospitalar. Assim,

Coelho (1999), define o cuidar como sendo:

[...] processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas, e que requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos que seja razoável para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos e ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato, e tardio [...].

Dessa forma, precisamos construir modelos alternativos de cuidar, a fim de recompor o retrato do homem em relação ao seu corpo, o conceito que ele faz de si e como vislumbra seus limites, suas formas, enfim sua imagem com o uso da traqueostomia. Torna-se importante que, durante o processo de cuidado, a enfermeira ajude o homem a se pentear, incentive para se barbear e mostre opções de vestuário para o cotidiano, como, por exemplo, o uso de camisa com gola alta, entre outros.



Quanto ao cuidado como ação, de acordo com a autora trata-se da

[...] a ação imediata prestada pela enfermeira ou algum elemento de sua equipe, técnico ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos, envolvendo segurança e competência, aliadas à tecnologia específica que a situação exige [...].

Destaca-se que o cotidiano de cuidado em oncologia requer atenção e responsabilidade, porque o cuidado é centrado no ser humano, assim a enfermagem oferece os cuidados aos homens com traqueostomia, independente dos recursos tecnológicos.

Nessa linha de pensamento, Popim (2001), em estudo de Doutoramento no hospital especializado em oncologia na cidade de São Paulo, buscou compreender, sob a ótica da enfermeira, o cuidador na ação de cuidado na enfermagem oncológica. O estudo mostrou que o cuidado de enfermagem em oncologia reveste-se de certa complexidade, requerendo do profissional uma competência que vai além da esfera técnico-científica, com implicações em várias facetas do existir, do seu esforço para viabilizar um cuidado ético.

No estudo de Carvalho (2002) foi evidenciado, o significado de cuidado em enfermagem oncológica. Os resultados mostraram que 50% da amostra referiu-se ao cuidar como ter atenção e preocupação com o paciente; 42% relataram o cuidado como característica humana e 8% caracterizaram o cuidado apenas dentro da dimensão física.

Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem precisa fundamentar-se em bases humanitárias, articulando arte, ciência, espiritualidade e inovação permanentes. Assim, os cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados com traqueostomia devem englobar todos os aspectos da sua vida, pois estão fragilizados com a doença: o biológico, o psicológico, o social e o espiritual. O cuidado deve corresponder a uma visão do homem, respeitar a sua individualidade como ser humano ativo e reflexivo, com características culturais específicas.

## **Homem sujeito do cuidado**

Nas últimas décadas, a literatura vem alertando para a importância da saúde do homem, considerando que eles padecem mais de doenças de saúde do que as mulheres e que há relação entre a

construção da masculinidade e o comprometimento da sua saúde. Dada a importância que o trabalho ocupa na identidade do homem, como ser provedor, vários problemas podem decorrer em relação à promoção da saúde e à intervenção na doença (GOMES, 2006).

Segundo o IBGE (2009), a elevada prevalência de óbitos violentos no sexo masculino explica parte das diferenças na esperança de vida ao nascer entre homens e mulheres. Em 1980, enquanto a esperança de vida ao nascer no país como um todo era para o sexo feminino, de 65,7 anos, para o sexo masculino esse valor era de 59,6 anos, as mulheres tinham uma sobrevida de 6,0 anos a mais quando comparadas aos homens.

Com o aumento da violência durante os períodos seguintes, particularmente entre os jovens, a diferença na esperança de vida ao nascer entre os sexos aumentou para 7,6 anos em 2000, sendo que na região sudeste, os homens viviam, em média, quase 9 anos a menos que as mulheres. Na região nordeste, a diferença era de 7,3 anos, e nas regiões centro-oeste e sul, de 7 anos (LAURENTI, 1998).

Entre 2000 e 2005, enquanto nas regiões nordeste e centro-oeste observaram-se tendências de aumento dessas diferenças, nas demais regiões ocorreu o oposto. Na região sudeste, no entanto, apesar da diminuição, os valores ainda continuam bastante elevados.

Vale destacar, por outro lado, os ganhos alcançados no país nos valores de esperança de vida ao nascer, em cada sexo, no período de 1980 a 2005, alcançando as cifras de 8,7 anos para os homens e 10,2 anos entre as mulheres, para o país como um todo. Os maiores ganhos aconteceram nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, em torno de 10 anos, sendo que, nas regiões sudeste e sul, os valores foram levemente inferiores, possivelmente em decorrência da alta incidência da violência entre os homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O reconhecimento de que os homens entram no sistema de saúde por meio da atenção especializada faz com que percebamos a consequência, que é o agravamento das morbidades pela falta de cuidado na atenção básica na saúde masculina, em especial à prevenção primária do câncer de laringe.

A Política Nacional de Promoção e Atenção à Saúde do Homem veio para intervir e melhorar a qualidade de vida do homem, no sentido de direcionar, qualificar e valorizar o cuidado à saúde do homem. Todavia, acreditamos que seja necessário o estabeleci-

mento de uma estratégia de abordagem a este ser que favoreça a sua inserção no cuidado a saúde, em especial no que se refere à prevenção do câncer de laringe e o câncer em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Dessa forma, estudo realizado por Freitas e Coelho (2009) com amostra de 691 pacientes com câncer na laringe submetidos a traqueostomia de urgência nos anos de 2007 e 2008, revelou que o gênero masculino teve maior incidência (83,1%).

Logo, devemos inovar, renovar e inventar ao cuidados de enfermagem para o paciente traqueostomizado, em especial o homem, visto que pesquisas demonstram um aumento significativo de traqueostomia nessa população.

Estudo epidemiológico também demonstrou que 80% do câncer de laringe foi identificado em homens. Tal observação pode ser justificada pelos determinantes sociais para este tipo de câncer, tais como: o estilo de vida, que pode determinar maior predisposição do homem ao desenvolvimento de câncer na laringe; o fumo; o álcool; e a combinação do álcool e fumo.

Dessa forma, devemos adotar medidas inovadoras, preventivas para o câncer, em especial de laringe, a fim de diminuir a incidência desta doença na população masculina.

Nessa linha de raciocínio, para Gomes (2006), a saúde do homem deve ser destacada não só para desenhar o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para que se percebam os aspectos culturais que comprometem a saúde.

Assim, certos quadros de agravos à saúde masculina, como o câncer, podem ser compreendidos a partir da forma como os homens são socializados e do entendimento como são estabelecidas as relações entre os gêneros estruturados por modelos culturais.

Na literatura sobre homem-saúde, observa-se que, quando os homens são influenciados por representações das masculinidades que se associam ao sucesso, ao poder e à força, podem colocar em risco a sua saúde. Com base em concepções socioculturais compreende-se a masculinidades como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados (GOMES, 2008).

Paralelamente a isso, os homens pouco procuram os serviços de saúde, pois os cuidados em geral são percebidos como femininos,

e não masculinos; eles costumam ser vistos como fortes e invencíveis e, por isso, só buscam ajuda quando os problemas se agravam, quando não conseguem trabalhar; os serviços de atenção básica costumam ser vistos como lugares de crianças, mulheres e idosos; e as ações de atenção à saúde do homem voltados para os segmentos masculinos ainda são tímidas (COUTO, 2010).

Em vista disso, o ato de cuidar precisa estar atrelado ao câncer e ao homem dentro de seu processo saúde-doença-cuidado. Precisamos estabelecer mecanismos de cuidado compatíveis com a necessidade do homem, no sentido de incentivá-los a participar do cuidado de si.

### **Homem no processo saúde-doença**

O foco específico na relação homem saúde-cuidado e doença vêm ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde. Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens.

Por outro lado, alguns homens quando promovem o cuidado do seu corpo mostram um extremo fisiculturismo, quando o cuidado de si transforma-se em risco de adoecimentos.

Nesse sentido, o aspecto comportamental influencia significativamente na saúde humana, sendo a expressão do estilo de vida cada vez mais analisada sob várias óticas. Assim, considera-se necessário abordar o agravo à saúde masculina, tais como o alcoolismo.

Um indicador importante para se avaliar o problema é a medida do efeito do alcoolismo sobre a saúde, visto por meio da frequência da psicose alcoólica e da síndrome da dependência do álcool, entre os transtornos mentais, e da cirrose hepática, dentre as doenças do aparelho digestivo. Tem sido usual avaliar este impacto do uso por meio da mortalidade e da morbidade hospitalar. Comparando com outros diagnósticos, mostra que somente as violências apresentam diferenciais entre os sexos mais elevados, quer os de mortalidade, quer os de morbidade (LAURENTI, *et al.* 1998).

Prevenir o alcoolismo, e com isso suas consequências, é um desafio, particularmente em regiões mais pobres, onde o uso excessivo de bebidas alcoólicas parece fazer parte do comportamento masculino.

Para programas que visem reduzir o alcoolismo, o conhecimento do problema deve englobar aspectos culturais e comportamentais que se associam ao agravo com, enfoque no gênero.

Nesse sentido, fica claro que a presença de doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos conhecidos e aceitos cientificamente. O difícil é saber como incorporá-los à prática diária de cuidado.

Para Courtenay (2000), é necessário considerar aspectos como poder e iniquidade social para entender os contextos dos comportamentos não saudáveis adotados pelos homens. Dessa forma, os homens usam comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidades. Por exemplo, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor e sofrimento, negam fraquezas e vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional.

Assim, os homens que negam suas necessidades de saúde reforçam a ideia associada à noção de cuidado de saúde como uma prática feminina e, dessa forma, tendem a rejeitá-las.

Com relação à busca por assistência à saúde, estudos identificaram algumas barreiras para a ausência e invisibilidade masculina nos serviços de saúde. Para Couto (2010), tais barreiras têm relação com a estrutura de gênero e a noção de invulnerabilidade às dificuldades que os homens têm para verbalizar suas necessidades de saúde.

Para a população masculina, esses serviços destinam-se às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo, na perspectiva deles, espaços infantilizados e com características femininas, o que causa seu afastamento pois provocaria sensação de não pertencimento àquele espaço.

Tomando a perspectiva dos cuidados da população masculina, o sistema de ações de saúde constrói ativamente um comportamento de saúde de gênero e negocia entre as várias formas de masculinidades.

Segundo Courtenay (2000), os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens. Essas ações reforçam a ideia de uma percepção cultural

de problemas de saúde dos homens como não existente nas construções das masculinidades.

A despeito das notadas dinâmicas de invisibilização dos homens nos serviços de saúde, a presença e a inserção desses usuários têm sido vistas como elemento importante para a construção de uma assistência que, na direção das premissas do Sistema Único de Saúde, atenda homens como sujeitos de direito à saúde, e com suas especificidades.

Ao revermos as políticas públicas de assistência à saúde no Brasil, observamos a ausência de propostas de atendimento integral à saúde do homem, nas quais os aspectos das masculinidades culturalmente herdados sejam considerados.

Acreditamos que, para modificar o atual cenário, estratégias de prevenção e promoção à saúde devem ser revistas de maneira a ampliar a participação do homem nos serviços de saúde e no cuidado de si. Ajudá-lo a reconhecer as necessidades, a falar e a cuidar de si, a refletir acerca de seu comportamento, das transgressões que faz a respeito da masculinidade estereotipada que o coloca em riscos desnecessários, são ações que os governantes devem contemplar em suas propostas de intervenção à população masculina.

Estudiosos afirmam que o gênero deve ser visto como um fator de importância na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade masculina. Laurenti (2000) demonstrou que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde. Esta construção também define a forma como os homens usam e percebem os seus corpos.

Nas perspectivas de seus modelos de masculinidades, os homens às vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, comportamentos estes que estão relacionados a um modelo de masculinidade idealizada, a masculinidade hegemônica (CONNELL, 1995).

Nesses modelos de masculinidades idealizadas estão presentes as noções de invulnerabilidade – como valores da cultura masculina e a ideia de uma sexualidade instintiva e, portanto, incontrolável.

Associadas a isso estão fortalecidas suas dificuldades em verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde.

## Estudos sobre masculinidades

No processo de construção conceitual da categoria gênero, os estudos sobre masculinidades só adquiriram destaque a partir dos anos 1980, mas isso não quer dizer que anteriormente os homens não fossem estudados. O que caracteriza a nova fase dos estudos sobre o masculino é exatamente o uso da perspectiva de gênero como referência. Questões relativas aos homens passam a ser, para além de problemas de indivíduos do sexo masculino, questões de masculinidades, reafirmando a necessidade dos estudos sobre os homens do ponto de vista das relações de gênero e cuidado da saúde (GOMES, 2005).

No início dos anos 1980, começaram a surgir estudos que criticavam a natureza normativa da ideia de papéis sexuais masculinos. Esses estudos chamavam a atenção para o caráter estático e fixo desse modelo de papéis sexuais e para o falso universalismo por ele sugerido, impossibilitando uma maior compreensão das maneiras como esses papéis se modificam.

Nos últimos anos, a discussão sobre masculinidade e sobre a posição dos homens no diferentes contextos socioculturais tem se ampliado. Esses estudos abordam temas diversos, indicando o reconhecimento de diferentes necessidades da população masculina (GOMES, 2003; CONNELL, 1995).

Um dos principais responsáveis por essa afirmação dos estudos sobre homens e masculinidades é Connell (1995a; 1997; 2000). Segundo esse autor, masculinidade pode ser compreendida como uma configuração de prática em torno da oposição dos homens na estrutura de gênero. Isso porque nas relações de gênero também se integram outras estruturas sociais, de poder e de qualificação de valor, como raça/etnia, classe, geração e religião. Além disso, as relações de gênero podem ser percebidas em qualquer situação em que se possa pensar o mundo social.

Para Connell (1997, 2000), gênero é uma forma de ordenamento das práticas sociais. Ele afirma que, nos processos de gênero, a vida cotidiana se organiza em torno de um cenário reprodutivo, definido pelas estruturas corporais e pelos processos de reprodução humana. Ele chama a atenção em seus estudos para o seguinte aspecto: falar em cenário reprodutivo é enfatizar os processos históri-

cos que envolvem os corpos, não é considerar um conjunto fixo de determinantes biológicos o vínculo com o cenário reprodutivo é de natureza social.

A divisão do mundo social em masculino e feminino, em todas as sociedades, expressa que meninos e meninas são socializados e educados de formas distintas com relação à vida diária, e para desenvolver a emoção e o intelecto, por exemplo.

Dessa forma, Connell (1997; 2000) introduz um referencial fundamentado na ideia de uma masculinidade hegemônica construída na relação com as feminilidades subordinadas e com as masculinidades marginalizadas e fala das inúmeras masculinidades, pois em um mesmo contexto cultural podem coexistir múltiplas manifestações ou expressões de masculinidades.

Para esse autor, a masculinidade hegemônica é um modelo, idealizada culturalmente se caracteriza por uma oposição de dominação por parte dos homens e pela subordinação das mulheres e estaria legitimada por uma sociedade patriarcal, na qual os homens têm uma posição dominante, como forma de relações de gênero.

Este modelo de masculinidade teria como atributos a agressividade, a competitividade, a ambição, a virilidade, a austeridade, entre outros.

No Brasil, os estudos acerca da masculinidade começaram a ganhar visibilidade somente no final da década de 1990. Nessa época tornou-se evidente a necessidade de se avançar na questão do masculino no campo de estudos de gênero (GOMES, 2003).

Nascimento (1999) estudou homens com baixo nível econômico de um bairro de uma cidade da região metropolitana do Recife, a maioria desempregados e vivendo de “biscates” e procurou reconhecer como esses homens vivenciam a atualizam no seu cotidiano a experiência de ser homem.

Seus resultados apontaram para recorrência de elementos que constituem o modelo hegemônico de masculinidade. Entre esses elementos se sobressai a compreensão de que homem tem autoridade, sobretudo no lar, é autônomo e livre diante de outros homens; é forte e corajoso, podendo expressar emoções; é provedor do lar; e é heterossexual. Embora suas condições de vida os afastassem de tais elementos idealizados, os homens investigados desenvolviam recursos no sentido de atualizar este modelo.



Tomando masculinidade e saúde como temática, pesquisadores apresentam uma nova abordagem com discussões a respeito das especificidades e desigualdades do poder entre gêneros, pautadas por questões socioculturais, centradas nas particularidades da saúde e da doença entre os homens.

No meio acadêmico, os estudos a respeito das masculinidades, principalmente aqueles desenvolvidos nas ciências sociais, indicam nexos entre a construção do ser masculino e o processo saúde-doença-cuidado (GOMES, 2005).

Estudo a ser realizado com homens adultos com traqueostomia e fundamentado nas referências de masculinidade, pode trazer repercussões positivas para a equipe multiprofissional de saúde.

Aquino (2005) enfatiza que entre as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero se articularam a raça, cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião, que se concretizaram na maior parte dos estudos acerca de homens e saúde nos anos de 1990.

Destacamos, também, que, no final desse período, a disfunção erétil foi identificada como um novo problema de saúde do homem. O autor reforça a necessidade de não negligenciar o masculino em uma análise de gênero, que o universo masculino está fundamentado na figura do homem viril e potente, configurando-se como indivíduo ativo da relação.

No Brasil e nos demais países da América Latina, os estudos acerca da saúde do homem aparecem no final de 1980 com as mesmas tendências dos estudos americanos e europeus. Nos países da América Latina, as neoplasias malignas, as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as causas externas, entre elas os homicídios e os acidentes de trânsito, constituem as principais causas de morte de indivíduos de gênero masculino (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Assim, consideramos imprescindível que as questões relacionadas as construções sociais de masculinidades sejam levadas em consideração no cuidado de saúde, uma vez que o homem deixa de buscá-los, influenciado pelas construções socioculturais.

## CAPÍTULO 3

# QUEM SÃO OS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA POR CÂNCER NA LARINGE?

A característica do homem com traqueostomia deve ser destacada para perceber os aspectos socioeconômicos que comprometem a saúde masculina e certos agravos que podem fazer compreender como os homens são socializados e como são estabelecidas as relações entre gêneros por modelos sociais e econômicos (NASCI-MENTO, 2009).

Para compreensão deste estudo foram traçados: o estado civil, ocupação, escolaridade, classe socioeconômica, religião, procedência, cor da pele, faixa etária, peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).

O estado civil dos homens com traqueostomia por câncer na laringe foi casados, divorciados solteiros, viúvos e união consensual. Os homens casados, divorciados e solteiros apresentaram maior frequência e estudos demonstram que a esposa e a família devem ser incluídas no plano de cuidados dos homens hospitalizados (BRUNNER, 2005). Nesse sentido, o apoio da família nuclear e ampliada configura-se como um facilitador que auxilia no enfretamento de situação de adoecimento do homem hospitalizado, pois a presença da família no processo de recuperação da saúde do homem proporciona conforto, segurança, e bem estar.

A família é definida como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda, isto é que identificam como fazendo parte daquele grupo. Esta definição é flexível o suficiente para incluir nas diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual. (FRÁGUAS, 2008)

Dessa forma, os cuidados de enfermagem têm significado quando são resultado de um processo de assistência que atenda às necessidades de saúde do homem, pois, devem ser voltados não apenas para a dimensão biológica, mas também para a condição social psicológica e espiritual.

A ocupação dos homens eram mecânicos, motoristas, trabalhavam em serviços gerais pedreiros, aposentados e funcionários públicos, eram vigilantes e músicos . Baseado nos resultados do estudo torna-se necessário planejar e programar um plano de cuidado direcionado para o homem com ocupação de mecânico seja de carro, geladeira, automóvel, que inclua as informações básicas sobre os cuidados que deve tomar em relação a sua ocupação no cotidiano. Nesse sentido, torna-se importante orientar quanto os cuidados em relação a traqueostomia como, cuidado com a temperatura do ambiente, cuidado com partículas de poeira, o cheiro forte da tinta dentre outros cuidados.

Com relação à escolaridade dos homens, tinham da quarta a sétima série fundamental, ensino médio completo, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino superior incompleto e completo. A investigação sobre a temática mostra a menor escolaridade dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia que receberam os cuidados cotidianos, dessa forma, a necessidade de fornecer os cuidados usando estratégias de ensino de maneira clara e concisa torna-se fundamental.

Estudos demonstram que se devem fornecer subsídios práticos específicos identificados como necessários pelo paciente de acordo com o seu grau de entendimento intelectual (MIASSO; CASSIANI 2005).

Nessa perspectiva, torna-se necessário prestar os cuidados hospitalares, buscando estratégias de criatividade no modo de cuidar dos homens hospitalizados em geral e em especial com traqueostomia (FREITAS; COELHO 2008).

A menor escolaridade identificada pode ser um agravante para a saúde do homem, sendo considerado que os aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde potencializam o hábito dos homens de evitar o contato com os serviços de saúde, seja nos consultórios de saúde, seja nas unidades básicas de saúde.

Resistentes à prevenção e ao autocuidado, eles chegam aos serviços de saúde tardiamente, tendo como porta de entrada a atenção especializada, como por exemplo, a instituição oncológica, o que resulta em elevação dos custos com a saúde, aumento do sofrimento físico e emocional para o homem e a família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico IBGE (2010) indicam que no Brasil, ao contrário de outros países, o anal-

fabetismo entre os homens é praticamente o mesmo que entre as mulheres, 12,4% dos homens de 15 anos ou mais são analfabetos *versus* 12,3% das mulheres na mesma faixa etária. Quanto às diferenças regionais, constata-se que há mais mulheres analfabetas nas Regiões Sul e Sudeste IBGE (2009)

Ainda de acordo com o IBGE, o conceito usado nas estatísticas considera alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece. Cada vez mais no mundo adota-se o conceito de analfabeto funcional, que incluiria todas as pessoas com menos de quatro séries de estudos concluídas.

A classe socioeconômica dos homens era de até 2 salários mínimos, que segundo o IBGE (2010) corresponde à classe social “E”, não tinham renda, recebiam entre 2 e 4 salários mínimos representa a classe social “D” e entre 10 e 20 salários mínimos representada a classe “B”. A classe “A” corresponde a rendimentos acima de 20 salários mínimos.

Esses dados chamam atenção para a desigualdade social, que pode ser considerada o principal problema socioeconômico e deve ser objeto de atenção especial das políticas públicas de distribuição de rendas. A renda tem implicações importantes para uma gama de circunstâncias materiais que têm impactos diretos na saúde do homem, como as condições de moradia, alimentação e lazer.

O Brasil ocupa uma posição extremamente desfavorável quanto à distribuição de renda em comparação a outros países, apesar de se situar entre os países de renda per capita média, todos os indicadores apontam para uma enorme desigualdade de sua distribuição. Em função disso, pode-se dizer que o Brasil não é um país pobre, mas um país de muitos pobres (IBGE, 2010)

Dados do IBGE (2006) revelam que o Brasil alcançou um aumento razoável nos indicadores sociais, porém não houve progresso na distribuição da renda, pois a minoria dos brasileiros tem altos salários e a maioria ganha pouco ou nada.

Atualmente cerca de 49 milhões de brasileiros recebem 1,5 salário mínimo e cerca de 54 milhões de brasileiros não possuem rendimento esses são considerados pobres. As disparidades são explícitas entre regiões e estados brasileiros.

No Nordeste, 51% da população vive com até meio salário mínimo, em comparação com a região Sudeste, apenas 18%. (IBGE, 2010) A renda familiar representa um indicador de saúde e serve

também para analisar diferenças quanto à concentração de renda, o que contribui para a avaliação da situação socioeconômica da população, fazendo com que os segmentos menos favorecidos possam ter uma maior atenção de políticas de saúde, educação, e proteção social, além de auxiliar os processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas para a diminuição de desigualdades.

Um estudo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2007, confirmou a relação existente entre o grau de escolaridade e renda. Com base nos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar, o levantamento mostrou que nas famílias cuja pessoa principal responsável pelas despesas tinha 11 anos ou mais de estudo a renda familiar era, em média, cinco vezes maior do que as famílias cuja pessoa de referência tinha menos que um ano de estudo.

Quanto à religião, os homens eram católicos, não tinham religião e eram espíritas. Nessa perspectiva, devemos oferecer o cuidado focando a religiosidade do homem, valorizando a fé e a crença. Nos últimos anos, pesquisas científicas na área da saúde têm sido realizadas com o objetivo de estudar as possíveis influências da espiritualidade na saúde do ser humano.

A espiritualidade vem sendo considerada uma dimensão que deve ser incluída no cuidado global do paciente. Então, considerando a religiosidade como componente da vida humana, admite-se que ela influencia o modo de pensar, sentir agir e, conseqüentemente, de cuidar do indivíduo, aspecto do cuidado que nem sempre é valorizado. (PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Religiosidade e espiritualidade não são sinônimos, a religiosidade envolve sistematização de cultura e doutrina compartilhada por um grupo. A espiritualidade está relacionada a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espirituais para justificar sua existência e seus significados (POWELL; THORESEN, 2003).

Em um estudo realizado acerca da espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual, concluiu-se que não há clareza na Enfermagem sobre o tema, que provoca questionamento no meio acadêmico (BENKO; SILVA, 2006)

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) começou aprofundar as investigações sobre a espiritualidade, incluindo o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Atualmente, o

bem-estar espiritual vem sendo considerado mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais.

Nesse sentido, os homens hospitalizados com traqueostomia adotam o catolicismo como religião, pois as crenças e valores espirituais se modificam em resposta à doença e perda. Para que se forneça cuidado espiritual aos homens traqueostomizado devemos estar disponíveis e proporcionar apoio quando os pacientes vivem dúvida, medo e sofrimento.

Segundo Benko (2006), quando uma pessoa é confrontada com uma doença, pode sentir ameaçada a sua totalidade pessoal e bem-estar. Não faz diferença a dimensão de vida que essa alteração atinge, porque o corpo, a mente e o espírito estão unidos. O sofrimento da doença força a pessoa a encarar assuntos relacionados ao significado da vida, à realidade de sua existência, dos outros, de Deus e talvez da própria morte.

Desta forma, o holismo não se configura em um único modelo, mas se expressa em diversas iniciativas e propostas que esforçam para atingir a integralidade do cuidar e dos cuidados de enfermagem ao homem com traqueostomia.

Vale acrescentar, ainda, que o cuidado espiritual é reconhecido pela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2011) e Horta (2001) como um cuidado de enfermagem que, quando realizado, raramente é registrado nas folhas de evolução, assim como não costuma ser prescrito. Nesse sentido, a importância da crença espiritual e religiosa para ajudar o paciente a encontrar significado e manter a esperança sugere um importante cuidado na avaliação nas necessidades de bem-estar espiritual dos homens com traqueostomia.

Valorizar a dimensão religiosa não é uma questão de ter fé ou não em Deus, mas de considerar processos da realidade subjetiva e social que têm uma existência claramente objetiva, pois a espiritualidade, apesar de estar estritamente ligada à religião e à dimensão psicossocial do ser humano, é diferente e única.

Alguns autores apontam que pacientes com crenças religiosas têm uma reabilitação com senso de esperança e satisfação com a vida, com níveis menores de depressão, em uma concepção teológica, principalmente entre grupos de classes popular, independente do sexo e da faixa etária (RABELLO, 1998).

Aquino e Zago (2007), ao estudarem o significado das crenças religiosas com pacientes oncológicos em reabilitação, verificaram que a expectativa por uma segunda chance enfatiza a importância da religião como parte das redes de apoio que se articulam com o enfrentamento do estigma do câncer, com a expectativa da cura e com as formas de organizar a vida cotidiana, na sobrevivência, pois o poder atribuído ao divino possibilita a satisfação das necessidades que escapam do controle do ser humano, evitando sentimentos de medo do futuro.

Nessa perspectiva, os cuidados que fomentam o crescimento espiritual incluem estar presente, ouvir ativamente, transmitir uma sensação de cuidado, respeito, e aceitação, usar técnicas de comunicação terapêuticas para encorajar a expressão e sugerir a utilização de prece.

Assim, devemos aliviar o sofrimento, a angústia, e estimular o bem-estar satisfazendo as necessidades espirituais do paciente. (BRUNNER, 2005).

Considera-se, nesse sentido, a necessidade de interar-se das crenças dos homens traqueostomizados para evitar que, no período de hospitalização, eles recebam visitas indesejadas de integrantes de alguma religião com a qual não tenham afinidade. Cabe ao profissional indagar ao paciente sobre sua vontade de receber tais visitas.

Segundo Aquino e Zago (2007), a espiritualidade e a religião, na experiência do câncer, têm sido reconhecidas de maneira crescente, pois, ao invés das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos oferecem uma explicação à doença. Por isso, os profissionais de saúde estão cada vez mais atentos à necessidade de levar em conta a religiosidade dos sobreviventes de câncer quando planejam e executam os cuidados à saúde, para manter uma relação de confiança e de respeito com o paciente.

Quanto à procedência dos homens eram procedentes do município do Rio de Janeiro, da Região dos Lagos, da Baixada Fluminense e do município de Niterói. O principal município de origem dos homens é a própria cidade. Esse resultado foi esperado, pois a instituição localiza-se no município do Rio de Janeiro e é a de referência no tratamento de câncer para os cidadãos do município.

Os demais homens moram em municípios fora do Rio de Janeiro e, portanto, tendem a percorrer uma distância maior quando se deslo-

cam de sua residência para a instituição para receberem os cuidados de saúde. Isso demanda mais gastos, como transporte, e mais tempo.

Desse modo, para garantir e colocar em prática os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde é preciso empreender esforços de forma a garantir não só o funcionamento articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, mas o atendimento das necessidades da população em nível local (JULIANI, 1999). Com a adoção das estratégias direcionadas à população local, seria possível obter melhoras no perfil dos usuários e do próprio sistema de saúde. Essas providências, sem dúvida, provocariam reflexos positivos no atendimento, contribuindo para melhorar o sistema como um todo.

A auto declaração dos homens quanto a cor /raça se auto declararam brancos, seguidos da cor parda e cor negra. Observou-se que a cor da pele é uma variável pouco considerada nos estudos realizados em homens com traqueostomia e com câncer de laringe. O resultado desse estudo vem ao encontro com o estudo de Pernambuco e Vilela (2009), que evidenciou em um município do estado de São Paulo, que a maior frequência de homens com câncer de laringe tratados em um serviço da região era homens da cor de pele branca.

A faixa etária de homens com média de 61-70 anos, seguida de 51-60. Estudo de Goiato *et al.* (2006), que evidenciaram que a população Paulista, em Araçatuba encontra-se no grupo etário predominante acima dos 40 anos de idade.

Outras pesquisas também referem maior incidência de homens com câncer a partir da quinta década de vida (WUNSCH, 2004; MANRIQUE, 2004; SCHRAMM, 2004). Sabe-se que o aumento na expectativa de vida faz crescer a frequência de doenças e agravos não transmissíveis, reflexo da transição epidemiológica, e pode-se relacionar ao maior número de homens expostos a fatores ambientais e antecedentes relativos ao fumo e consumo de álcool.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção e Atenção à Saúde do Homem, com objetivo de promover uma mudança mais profunda na maneira de como os homens se relacionam com saúde. A ideia era fazer com que homens procurassem preventivamente assistência médica pelo menos uma vez ao ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Podemos observar que os homens traqueostomizados, que estavam hospitalizados no ano de 2011, eram em sua maioria, da faixa etária de 51-70 anos.



Estudos epidemiológicos têm demonstrado que 90,9% dos cânceres de laringe foram identificados em homens, tal observação pode ser justificada pelos determinantes sociais para o câncer de laringe, tal com o estilo de vida, que pode determinar uma maior predisposição do homem ao desenvolvimento de câncer de laringe .

Estudos, como o de Carvalho (2001), também mencionam maior incidência na faixa de idade em torno dos 50 anos, pois quem inicia o hábito de fumar em torno dos 15 anos e permanece fumando ao longo dos anos poderá começar a apresentar as consequências da exposição prolongada por cerca de 30 anos ao uso do tabaco, exatamente na faixa etária acima dos 45 anos.

Este é um aspecto importante porque, se por um lado a longevidade está aumentada, por outro lado, as pessoas idosas são mais facilmente acometidas por um tipo qualquer de câncer, sendo os fatores de risco, geralmente correlacionados com o consumo de tabaco e álcool, situação que poderia ser evitada com medidas preventivas e educativas em saúde voltada para os homens adultos com traqueostomia.

Nesse sentido, os resultados obtidos indicam a necessidade de programar os cuidados aos homens dando atenção para a idade, pois os dados revelaram homens com câncer na laringe com idade entre 51-70 anos. Assim, a velhice pode ser a idade da reflexão, da sabedoria proporcionada pela experiência de ter percorrido um longo caminho da capacidade de compreensão do que já viveu.

O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais e possui algumas tendências em relação as enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso tanto no âmbito internacional assim como principalmente no âmbito brasileiro. Essas políticas estão voltadas não somente para a terceira idade como também para os profissionais da saúde visando a sua divulgação e implementação (CAMACHO, 2010).

Desta forma, é verificado um aumento no contingente populacional dos idosos em virtude da baixa de natalidade, aumento da expectativa de vida, desenvolvimento de novas tecnologias que vislumbraram tratamentos que até alguns anos eram impensados uma perspectiva e um prognóstico de vida favorável às doenças crônicas não transmissíveis.

Analisando às taxas do Índice de Massa Corporal (IMC), dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia considera o estado nutricional normal até IMC (24,99), sobrepeso e obesidade valores de 25 ou mais. O (IMC) foi calculado utilizando a divisão do peso (massa corporal em quilos) pelo quadrado da altura (em metros) preconizada pela Organização Mundial de Saúde (1997) para adultos.

Observou-se que a média da altura e peso dos homens, respectivamente, foram 1,88cm e 98,7 kg, e o IMC, com informações de peso e altura, mostrou-se substancialmente importante para avaliar o estado nutricional e contribuir para os cuidados às necessidades nutricionais do homem hospitalizados com traqueostomia, promovendo a qualidade de vida.

Categorizando-se o IMC segundo a OMS, os homens apresentaram-se eutróficos e com sobrepeso e, a seguir, com desnutrição severa grau III. Esse tipo de desnutrição está relacionado ao alcoolismo e ao câncer.

A desnutrição em paciente com câncer é muito frequente, e diversos fatores estão envolvidos no seu desenvolvimento, como redução do apetite, dificuldades mecânicas para mastigar engolir os alimentos e são agravados por condição socioeconômica precária e hábitos alimentares inadequados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Cabe registrar que desnutrição é um termo genérico usualmente empregado para discriminar deficiências nutritivas, referindo-se, principalmente, à desnutrição energético-protéica, e desnutrição crônica é o processo carêncial de longa duração, expresso, ilustrativamente, no déficit de altura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Classificação do estado nutricional dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por meio do Índice de Massa Corporal. Recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 1997.

Quanto à análise do IMC, são homens eutróficos, desnutridos, com desnutrição severa grau III, sobrepeso e obesidade também foram encontrados.

Estudo realizado por Gevaerd *et al.* (2008) com 95 pacientes em duas etapas evidenciou, segundo o IMC um elevado percentual de indivíduos eutróficos, sendo 60% destes na primeira avaliação e 48,5 % em segundo momento percentual. Nota-se que, mesmo havendo uma queda significativa no número de pacientes eutróficos, ainda há predomínio destes em relação ao baixo e excesso de peso.

Sobrepeso é o excesso de peso de um indivíduo quando em comparação com tabelas ou padrões de normalidade, já a obesidade é um grau bem elevado de sobrepeso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Diante do resultado do estudo com a questão do sobrepeso, o cuidado ao homem pode estender-se a uma ampla variedade de distúrbios fisiológicos e psicológicos, devemos direcionar o cuidado incluindo educação em saúde, mudanças no estilo de vida, nutrição adequada, controle do peso, dentre outros cuidados.

Pois, torna-se necessária uma sólida base educacional para o autocuidado competente, e isso é um foco contínuo do cuidado que constituem a base do tratamento para a recuperação de saúde da pessoa com sobrepeso.

Os homens hospitalizados com traqueostomia são casados, mecânicos, com ensino fundamental, recebendo até dois salários mínimos brasileiros, em torno de R\$1.244,00 reais referente março de 2012, católicos, morador do município do Rio de Janeiro, de cor da pele branca e idade entre 51 a 70 anos e eutróficos, são indicadores importantes a serem trabalhados, para guiar o planejamento dos cuidados com enfoque no perfil desses homens.

Conhecer as condições socioeconômicas dos homens hospitalizados possibilita traçar metas para o cuidado individual e, contribuir para a aquisição, da manutenção e estímulo ao autocuidado dos homens para recuperação da saúde.

## CAPÍTULO 4

# CASOS CLÍNICOS DOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA

Apresentam-se oito casos de homens hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, cuidados recebidos e análise com descrição dos resultados.

Com base nos casos clínicos os cuidados podem se concentra em ansiedade pelo diagnóstico clínico do câncer de laringe recebido anteriormente à traqueostomia; eliminação traqueobrônquica via ostoma prejudicada em razão da produção excessiva de secreção; comunicação oral prejudicada relacionada à traqueostomia; distúrbio da imagem corporal alterada pela presença da cânula de traqueostomia, levando à baixa autoestima; nutrição oral alterada com ingestão menor que as necessidades corporais, associada à incapacidade de ingerir alimentos sólidos causada pela disfagia.

Nesse sentido, resultados chamam atenção para à ausência de uma visão biopsicossocioespíritual do homem hospitalizado.

### APRESENTAÇÃO DO CASO I

*“Sr. Juarez, 65 anos, negro, casado, motorista, aposentado, com diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico de carcinoma espinocelular, com traqueostomia há três anos, portador de Diabetes Mellitus (DM), e Hipertensão Arterial (HA). Sinais Vitais: Pressão Arterial: 120x80 mmhg FC:88bpm FR:18 iprm, TAx:36.6°C. Peso: 73,8, Altura:1,60cm, Estado Nutricional: Índice de Massa Corporal: 28,83, sobrepeso. Nível de consciência acordado; estado emocional com aparência tranquila, pupilas isocóricas fotorreagentes olhos direito e esquerdo; função respiratória eupneica, mucosas conjuntivais, oral e pele normocoradas, hidratada. Cabeça e pescoço com traqueostomia. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular au-*

*dível direito e esquerdo. Abdome plano, flácido, peristalse presente com padrão de evacuação com frequência uma vez ao dia. Padrão miccional espontâneo órgãos genitais sem alterações. Função motora sem alterações. Membros superiores sem alterações, assim como os membros inferiores. Acuidade auditiva e visual preservada. Alterações na fala apresentando afasia pela cânula de traqueostomia metálica curta n° seis pérvia sem secreção Locomoção deambulando. Não relata fadiga. Alimentação por via oral com reflexo de deglutição. Padrão de sono sem alteração. Comunicação não verbal realizada por gestos, como a mímica labial e escrita, com macronebulizador sob oxigenoterapia úmido acoplado à cânula de traqueostomia”.*

O planejamento dos cuidados cotidianos que os homens hospitalizados recebeu, foi estabelecido com metas a serem alcançadas, pois, as principais metas para o paciente podem compreender a redução da ansiedade, a manutenção de uma via aérea pérvia, o uso efetivo de meios alternativos de comunicação não verbal, a obtenção de níveis ótimos de nutrição e hidratação, a aceitação da imagem corporal alterada e melhora da autoestima.

Assim, os cuidados recebidos pelo Sr. Juarez foram: de chamar o paciente pelo nome próprio, de informar sobre a educação para sua saúde em relação à obesidade associada ao *diabetes melitus*, de medir a glicemia, de informar que a elevação da pressão sanguínea típica não produz sintomas, de incluir os familiares no grupo educativo sempre que necessário; de solicitar uma consulta extra com a nutricionista; de monitorizar os sinais vitais, de oferecer material para o autocuidado como: gaze não estéril, uma caixa de lenço de papel descartável, de instalar o macronebulizador acoplado à cânula de traqueostomia; explicar ao paciente e ao filho a importância e necessidade de mantê-lo na traqueostomia; fornecer solicitação de acompanhante para esposa; estimular o Sr. Juarez a realizar higiene da cavidade oral com o enxaguatório bucal biotene; incentivar o autocuidado; estimular a deambulação; e oferecer meios alternativos para a comunicação efetiva, como caneta, papel e uma prancheta.

Os resultados dos cuidados específicos recebidos pelo Sr. Juarez foram satisfatórios, pois, houve a preservação da individualidade de ser homem ao chamá-lo pelo nome próprio causando segurança

e bem-estar. Ele deambulou com a esposa no período diurno, prevenindo a pneumonia utilizou os dispositivos para a comunicação com a escrita; expressou sentimento e preocupações com seu novo estilo de vida; o controle da glicemia preveniu o quadro de hipoglicemia e hiperglicemia; por fim, o Sr. Juarez recebeu estímulo para comprometer-se com o tratamento medicamentoso, alimentar e de exercício físico.

O que chamou atenção no caso I foi que o Sr. Juarez apesar de ser portador de câncer de laringe, apresenta o IMC de sobrepeso 28,83. Esta alteração está relacionada ao *diabete mellitus*, pois, em geral, os pacientes com câncer de laringe apresentam desnutrição proteica calórica. A perda de peso é comum em pacientes oncológicos, e a desnutrição é um processo multifatorial relacionado a fatores associado a doença, pois, os pacientes apresentam desordens psicológicas como resultados da incerteza sobre o tratamento e prognóstico. Esse estado psicológico está associado à depressão, afetando a ingestão alimentar (TOSCANO. *et al.* 2008).

O Sr. Juarez deve compreender que a obesidade torna-se um risco de saúde multissistêmico; a dieta rica em gorduras e colesterol contribuiu para o diabetes, que é uma doença crônica de metabolização anormal exigindo tratamento durante toda a vida com dieta, exercícios e medicação.

Sr. Juarez, 65 anos, casado, portador de Diabetes, afásico, três anos de traqueostomia nos remete ao caso clínico do Sr. Roberto.

## APRESENTAÇÃO DO CASO II

*“Sr. Roberto, 53 anos, pardo, solteiro, mecânico, desempregado, com diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico de carcinoma espinocelular, com traqueostomia há sete meses. Sinais Vitais: Pressão Arterial: 110X60 mmHg Frequência cardíaca: 78 bat/min Temperatura: 36°C; Frequência respiratória: 22mov/min; Altura: 1,65 cm, Peso: 52,1 kg. Estado nutricional: Índice de Massa Corporal (IMC): 18,84 eutrófico. Nível de consciência acordado, lúcido, orientado, em repouso no leito, com aparência emagrecida e estado emocional triste, função respiratória eupneica, ausculta pulmonar apresenta sons respiratórios com sibilos, presença*

*de traqueostomia metálica curta nº seis, com drenagem de secreção espessa e amarelada, acoplada ao macronebulizador sob oxigenoterapia úmida, afásico, com sonda naso-enteral fixada na narina, e presença de urina espontânea de coloração âmbar, cabeceira do leito elevada a 45°. Infusão de hidratação venosa por acesso de veia periférica em membro superior esquerdo. Presença da esposa e da cunhada por ser horário da visita familiar 13-17 horas. Comunicação não verbal realizada por movimentos gestuais labiais e escrita, conversa com familiares. Paciente sorriu enquanto recebia os cuidados de enfermagem balbuciou labialmente informando que queria receber alta, que estava se sentindo melhor de saúde”*

Os cuidados recebidos pelo Sr. Roberto consistiram em: chamar pelo nome próprio, solicitar conduta resolutiva à assistente social quanto a questões socioeconômicas do paciente, por estar desempregado; explicar os direitos previdenciários de pessoa com doença crônica; iniciar junto com a nutricionista a terapia nutricional; verificar sinais vitais; solicitar avaliação da psicologia no sentido de avaliar e acompanhar seu estado emocional; estimular o paciente a verbalizar angústia, tristeza e medo; encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos; realizar aspiração de secreção traqueal explicando-o a necessidade do procedimento; instalar umidificação com o macronebulizador; no momento que o Sr. Roberto recebia o cuidado houve também o cuidado de empatia e relação interpessoal, pois, o paciente sorriu e conversou com a enfermeira Joana, que instalou a dieta enteral informando ao paciente e esposa quanto ao gotejamento e sinais de dores abdominais; monitorizar a permeabilidade do acesso de veia periférica quanto à detecção de sinais flogísticos; estimular a comunicação efetiva com meios alternativos de comunicação, como a utilização da lousa mágica, escrita com utilização de caneta e papel; posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada 45° com ajuda da esposa; colocar água destilada no copo do macronebulizador .

Quanto aos resultados dos cuidados recebidos pelo Sr. Roberto, ele apresentou melhora no padrão respiratório após a aspiração traqueal e a manutenção de umidificação na traqueostomia. Com a preservação da individualidade do ser homem quando chamado pelo nome, o paciente ficou confortável; com o posicionamen-

to corporal no leito, a umidificação na traqueostomia preveniu o ressecamento das vias aéreas superiores, e o controle do gotejamento da dieta preveniu dores abdominais e diarreia.

Nesse sentido, observou-se, que o Sr. Roberto apresentava aparência triste provavelmente pelo desejo de receber alta hospitalar, apesar da presença da família na internação. Apresenta sibilos respiratórios devido às secreções retidas de via aérea artificial com cânula metálica de traqueostomia.

Srs. Juarez e Roberto de 53 anos, solteiro, afásico, com traqueostomia há sete meses nos remetem ao caso clínico do Sr. Arlindo.

### APRESENTAÇÃO DO CASO III

*“Sr. Arlindo, 64 anos, branco, casado, trabalhador de serviços gerais aposentado, com diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico de carcinoma espinocelular, com traqueostomia há cinco meses. Portador de HAS Sinais Vitais: Pressão Arterial: 140x90mmhg FC: 86 bpm FR: 20 irpm; TAx: 36.7°C. Peso: 74,0 kg; Altura: 1,69cm; Estado Nutricional: Índice de Massa Corporal: 25,91 sobrepeso. Nível de consciência: acordado, lúcido orientado, fâcies tranquila, repouso no leito com aparência obesa, acompanhado da esposa. Função respiratória eupneica, ausculta pulmonar com sons respiratórios normais. Com traqueostomia metálica curta nº seis; presença de secreção fina e mucoida, acoplada ao macronebulizador sob oxigenoterapia úmida, afásico, sonda via nasoesférica fechada fixada na narina esquerda. Soroterapia infundindo em veia periférica de membro superior direito. Nas últimas 48 horas apresentou arritmia cardíaca. O Sr. Arlindo apresentava edema de membros superiores, com monitor cardíaco e oxímetro de pulso no dedo indicador da mão esquerda, cabeceira elevada”.*

Os cuidados recebidos pelo Sr. Arlindo foram: informar o conceito de pressão sanguínea com uma linguagem fácil, que o Sr. Arlindo e a esposa pudessem entender; informar o valor da pressão sanguínea ao paciente a esposa; ensinar a base da ingesta nutricional equilibrada; manter a cânula de traqueostomia limpa e livre de secreções no estoma; realizar aspiração de secreção traqueal com característica mucoida; manter a umidificação na cânula de traqueostomia; estimular o paciente a fazer várias respirações profundas; instalar die-



ta enteral com paciente em posição sentada; informar sobre o gotejamento da hidratação venosa ao paciente; observar o funcionamento da oximetria de pulso, colocar os membros superiores elevado acima do coração apoiado em travesseiros; monitorar os sinais vitais; anotar na folha de cuidados do paciente os cuidados recebidos.

Quanto aos resultados dos cuidados recebidos pelo Sr. Arlindo, a conversa durante a realização dos cuidados transmitiu empatia, conforto e segurança ao paciente e família; controle dos sinais vitais promoveu equilíbrio do organismo, evitando alterações na temperatura corporal e pressórica.

Nessa perspectiva, em relação ao Sr. Arlindo chama atenção o fato de ser portador de hipertensão arterial sistêmica, acompanhado de sobrepeso, edema de membros superiores, com monitor cardíaco e oxímetro de pulso com história recente de arritmia cardíaca.

Empatia consiste em comunicar ao paciente emoções subjacentes ao comportamento das quais não tem consciência. A capacidade de empatia está relacionada aos sentimentos de confiança, envolvimento emocional, e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal (STEFANELLI, 2005).

Cabe ressaltar, que as doenças cardiovasculares, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial HA e o câncer são consideradas doenças crônicas não transmissíveis, de importância para a saúde pública na América Latina e Caribe, devido a sua prevalência e morbi-mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Quanto ao sobrepeso, este pode levar a obesidade que é causada pelo excesso alimentar e pela falta de exercícios físicos e envolve aspectos sociais, psicológicos e metabólicos. Nesse sentido, devemos planejar os cuidados de enfermagem do Sr. Arlindo com base no seu histórico clínico que envolve o processo saúde-doença-cuidado.

Srs. Juarez, Roberto e Arlindo nos remetem ao caso clínico do Sr. Alcides.

## APRESENTAÇÃO DO CASO IV

*“Sr. Alcides, 61 anos, pardo, viúvo, mecânico de automóvel, recebe auxílio doença, diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico de carcinoma espinocelular, com traqueostomia há um mês. Sinais Vitais: Pressão Arterial: 110x70 mmHg; FC: 87 bpm; FR: 22 irpm; TAx: 36.5°C; Peso: 47,8 kg;*

*Altura 1,80 cm; Estado Nutricional Índice de Massa Corporal: 14,75, apresentando desnutrição severa grau III. Nível de consciência: sonolento; atende ao chamado pelo nome próprio, aparência emagrecida, em repouso no leito, cabeceira elevada a 45°; Função respiratória eupneica, ausculta pulmonar, sons respiratórios com sibilos, traqueostomia metálica curta n° seis, afásico. Apresenta tosse produtiva com expectoração de secreção espessa de aspecto amarelo, oxigenoterapia. Presença de sonda naso-enteral fechada fixada à narina esquerda; hidratação venosa em acesso periférico em membro superior direito, diurese espontânea, não tinha acompanhante no momento da observação”.*

Os cuidados cotidianos recebidos pelo Sr. Alcides foram, suporte nutricional; cuidado de observar o nível de consciência do paciente; monitorar a frequência respiratória; realizar trocas de compressas de gaze no ostoma por saturação de secreção traqueal; manter umidificação na traqueostomia; cuidado com a via aérea permeável; realizar aspiração traqueal dentro da técnica asséptica; instalar dieta enteral e controlar o gotejamento; lavar a sonda de alimentação com água, após o término da dieta; manter o acesso venoso periférico pérvio e observar o fluxo e o refluxo de sangue; cuidado de encorajar o Sr. Alcides a participar dos cuidados cotidianos.

Os resultados dos cuidados obtidos pelo paciente foram, a administração da nutrição enteral lenta que reduziu a possibilidade de causar náusea e vômito no Sr. Alcides; manter elevada a cabeceira da cama a 30 ou 45 graus durante a alimentação e por uma hora preveniu o refluxo pelo uso da gravidade reversa; a lavagem da sonda após a alimentação foi necessária para remover resíduos alimentares, que pode proporcionar um meio para o crescimento de micro-organismo e obstruir a sonda de alimentação.

Um fator importante é a questão de o Sr. Alcides, está sozinho. Mesmo tendo o direito por lei do idoso de ter um acompanhante no período de internação, isso deixa a pessoa com autoestima baixa.

Cabe destacar, que, de fato, não temos como ignorar que o nosso desafio maior do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como o HAS, DM e o câncer.

O processo de envelhecimento tem um impacto significativo em vários fatores que afetam o desenvolvimento da sociedade e o relativo bem-estar, não só das pessoas idosas, mas também das populações jovens. Por se tratar de um grupo etário em rápido crescimento no mundo, as características sociodemográficas são imprescindíveis para o estabelecimento, viabilidade e integração de políticas públicas de saúde que visem promover a saúde da população e controlar as doenças (CAMACHO, 2010).

Entretanto, sabe-se que é possível envelhecer com qualidade de vida, desde que se tenha uma vida saudável e ativa, mas percebe-se que o bem estar é desafiador no processo de envelhecimento.

A desnutrição grau III exige prestação do cuidado com atenção para o desenvolvimento de úlcera de pressão pelo estado de desnutrição. A desnutrição é definida como a expressão biológica da carência prolongada da ingestão de nutrientes essenciais ao organismo humano. Tal condição acomete a maioria dos sistemas orgânicos do hospedeiro, principalmente o gastrointestinal, o hematopoiético e o imunológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A desnutrição é o diagnóstico secundário mais comum em homens com câncer. No Brasil, um estudo de prevalência de desnutrição hospitalar verificou que 66% dos pacientes portadores de câncer estavam desnutridos, indicando que a presença do câncer aumentou o risco para a ocorrência de desnutrição em 3,7 vezes (MARIA, 2006).

Nesse sentido, as implicações nutricionais do câncer foram evidentes no cuidado ao Sr. Alcides, pois a perda de peso, associada a alterações metabólicas, é frequente nos paciente oncológico. O cuidado nutricional adequado foi inserido no plano de cuidados do paciente com objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Sibilos sonoros ou roncos são sons principalmente observados durante a expiração, provocados pelo movimento do ar através de passagens traqueobrônquicas estreitas causado por secreções e pelo câncer na laringe. (BRUNNER, 2005).

Assim, o cuidado com aumento da ingestão de líquidos ajuda a fluidificar as secreções, e umidificação reduz a inflamação das mucosas.

Srs. Juarez, Roberto, Arlindo e Alcides nos remetem ao caso clínico do Sr. Souza.

## APRESENTAÇÃO DO CASO V

*“Sr. Souza, 64 anos, negro, divorciado, trabalhador de serviços gerais, aposentado, com diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico carcinoma espinocelular, com traqueostomia há dois meses. Sinais Vitais: Pressão Arterial: 90x60mmhg; FC: 72bpm; FR: 18iprm; TAx: 36.°C; Peso: 59,8 kg Altura: 1,77. Estado Nutricional: Índice de Massa Corporal: 19,09, eutrófico. Nível de consciência: lúcido, orientado, aparência com barba, deitado no leito com cabeceira elevada a 45°. Função respiratória eupneica, ausculta pulmonar com roncocal e síbilo, afasia, presença de traqueostomia metálica curta nº seis, acoplada ao macronebulizador sob oxigenoterapia. Apresenta tosse com expectoração de secreção de aspecto mucóide, soroterapia em infusão de veia periférica em membro superior esquerdo, alimentação por via oral. Acompanhado da filha. Presença de curativo limpo e seco externamente em membro inferior direito, apresenta diurese espontânea”.*

Os cuidados recebidos pelo Sr. Souza foram: aferir os sinais vitais; anotar na folha de controle do paciente os cuidados de enfermagem recebidos; colocar cobertor no Sr. Souza para aquecê-lo; instalar umidificador à cânula; manter a cabeceira do leito elevada; posicionar o corpo do paciente no leito; conversar com o paciente e informar da troca da gaze estéril do traqueostoma; ajudar o paciente a realizar a tricotomia facial para retirada de pelos; colocar um protetor de plástico na região cervical para fazer a barba; informar para respirar lentamente que a tosse diminuiu; aspirar secreção traqueal observando as características como odor, cor e consistência; trocar o curativo em lesão de membro inferior esquerdo sugestiva de lesão varicosa.

Resultados dos cuidados recebidos pelo Sr. Souza: apresentou-se confortável após realizar a aspiração traqueal que lhe proporciona conforto, segurança e bem-estar; umidificar as secreções preveniu a obstrução da luz da cânula de traqueostomia e melhorou a oxigenação da função respiratória; a posição elevada facilitou a respiração e ajudou na expectoração das secreções pulmonares; aspirar secreções preveniu a estase; trocar as gazes em torno do estoma evitou fontes potenciais de contaminação; foram proporcionadas informações corretas sobre o estado de saúde do Sr. Souza, usando termos simples; a filha foi envolvida no cuidado ao paciente, as horas de visita foram adaptadas aos horários da família.

Nota-se que o Sr. Souza está com a barba por fazer, fato da hospitalização e provavelmente da falta de condições de fazer a barba. Com traqueostomia por dois meses, encontra-se em período de adaptação para se barbear. Favorecer a capacidade de autocuidado do paciente e aumentar a sensação de controle da situação de hospitalização e independência, promovem bem-estar. As explicações simples transmitem a informação útil com mais eficiência, e as medidas de cuidado para envolver a família na assistência ajudam a manter a estrutura familiar existente, permitindo que ela funcione como uma unidade de apoio para o Sr. Souza.

Srs. Juarez, Roberto, Arlindo, Alcides e Souza nos remetem ao caso clínico do Sr. Fernando.

## APRESENTAÇÃO DO CASO VI

*“Sr. Fernando, 57 anos, branco, casado, funcionário público do Ministério da agricultura em atividade, diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico carcinoma espinocelular, com traqueostomia há 1 mês, portador de Diabetes Mellitus (DM). Sinais Vitais: Pressão Arterial: 13X70mmHg FC: 67 bpm FR: 18 irpm TAx: 36.7°C; Peso: 87,1kg Altura: 1,83 cm. Estado Nutricional, Índice de Massa Corporal: 24,63 eutrófico. Nível de consciência: acordado, lúcido orientado fâcies de aparência triste, obeso e em repouso no leito. Função respiratória eupneica, ausculta pulmonar normal com cânula de traqueostomia metálica acoplada ao macronebulizador sob oxigênio, afasia, sonda naso enteral fechada fixada com cadarço na narina direita, Abdome plano flácido à palpação. Comunicação não verbal por formas alternativas de gestos, e escrita, apresenta acesso venoso periférico pérvio em membro superior direito, paciente acompanhado da esposa”.*

Os cuidados cotidianos recebidos pelo Sr. Fernando foram: trocar o pijama, manter o paciente com a sunga, pelo desejo dele; limpar o ostoma com gaze umedecida com soro fisiológico e trocar a gaze do traqueostoma; posicionar no leito com o tronco elevado 45°; oferecer conforto emocional saudando o paciente com bondade; monitorar os sinais e sintomas clínicos de hipoglicemia e hiperglicemia; conversar com o Sr. Fernando, e explicar para tossir e não tampar o orifício da traqueostomia que é para sair a secreção

do pulmão; informar à esposa a necessidade de deambular com o paciente; administrar medicação endovenosa no membro superior esquerdo; instalar umidificação via macronebulizador na traqueostomia; aspirar a secreção traqueal que se apresentava amarela e espessa; estimular o autocuidado; oferecer gaze não estéril ao paciente e explicar que é para limpar a secreção traqueal; cobrir o Sr. Fernando com lençol e cobertor para aquecer do ambiente frio.

Os resultados dos cuidados recebidos pelo Sr. Fernando foram: apresentou melhora no padrão respiratório após a aspiração traqueal; o aquecimento com cobertores lhe promoveu conforto e bem-estar; a limpeza do estoma preveniu as fontes potenciais de contaminação e ajudou a manter os limites do estoma secos e sem muco; a posição do tronco elevada, facilitou a respiração; manter a umidificação apropriada ajudou a liquidificar as secreções e prevenir formação de tampões; o estímulo ao autocuidado promoveu a autonomia do paciente; o cuidado respeitando a individualidade e especificidade do paciente masculino promoveu a sua singularidade de ser homem.

Surpreendeu observar que, apesar da presença da esposa como acompanhante, o Sr. Fernando encontrava-se com aparência triste, que poderia estar relacionada com situação de saúde, hospitalização, saudade do lar, preocupação financeira e restrição da liberdade.

Quando a glicose sanguínea cai, o sistema simpático é estimulado a produzir adrenalina, que causa pele fria, taquicardia e tremores. A falha em perceber a hipoglicemia é um defeito no sistema de defesa do organismo que prejudica a capacidade de sentir os sintomas de alerta geralmente associados hipoglicemia, e isso pode rapidamente evoluir para inconsciência (CARPENITO, 2011).

O diabetes está associado a modificações degenerativas vasculares severas. As lesões dos vasos sanguíneos em uma idade avançada tendem a produzir modificações patológicas severas, pois as mudanças da hipoglicemia podem ser causadas pelo excesso de insulina, falta de alimento ou atividade física.

Teixeira *et al.* (2008) estudaram o perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo o modelo conceitual de Orem e evidenciaram que é necessário buscar estratégias para a resolução dos problemas específicos apresentados nessa população que envolvem uma abordagem integral, que contemple os elementos fisiopatológicos, psicossociais, educacionais e, também a reor-

ganização da atenção à saúde nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde.

Nessa direção, o suporte educativo tem como objetivos aumentar os conhecimentos acerca dos diabetes, desenvolver habilidades para o autocuidado, estimular mudanças de comportamentos, oferecer suporte para o manejo dos problemas do cotidiano, assim como prevenir as complicações agudas e crônicas.

Srs. Juarez, Roberto, Arlindo, Alcides, Souza e Fernando nos remetem ao caso clínico do Sr. Oliveira.

## APRESENTAÇÃO DO CASO VII

*“Sr. Oliveira, 54 anos, negro, casado, operador de máquina, com diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico de carcinoma espinocelular, com traqueostomia há três meses. Portador de Diabetes Mellitus (DM). Sinais Vitais: Pressão Arterial 110x60 mmHg FC: 78 bpm FR: 16 irpm TAx: 37.° C. Peso: 68,7 kg Altura: 1,61 cm Estado Nutricional: IMC: 26,50 sobrepeso. Nível de consciência lúcido, orientado, acordado, hidratado e acianótico. A aparência facial tranquila, em repouso no leito com cabeceira elevada a 45°; função respiratória eupneica, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes. Sonda de alimentação via gastrostomia, cânula de traqueostomia metálica curta n° seis comunicação não verbal realizada por movimentos gestuais e escrita. Soterapia em acesso venoso de veia periférica em membro superior esquerdo, presença de diurese espontânea em fralda; estava sem acompanhante”.*

Os cuidados cotidianos recebido pelo Sr. Oliveira foram , instalar dieta enteral via gastrostomia, proteger a pele em torno da sonda alimentar externa com uma película protetora, cuidado com a sonda para alimentação, estimular a autoimagem, verificar sinais vitais; oferecer o toque terapêutico; registrar os parâmetros vitais em folha individual do Sr. Oliveira; pesar o paciente em jejum; repor a água destilada no macronebulizador; realizar a limpeza do circuito do frasco de aspiração; cuidado no controle da dor, paciente responde com movimentos da cabeça que não sente dor; instalar a nebulização; oferecer comunicação efetiva; ensinar e estimular o

autocuidado, cuidado com a limpeza do ostoma; trocar a fralda saturada de urina; realizar higiene do corpo; preservar a individualidade do Sr. Oliveira; solicitar a presença da família no período de hospitalização, entre outros cuidados.

Os resultados dos cuidados recebidos pelo Sr. Oliveira foram: o estímulo ao autocuidado promoveu a autonomia no cuidado de si, a reposição da água no macronebulizador fluidificou e preveniu a formação de secreção crostosa na traqueostomia, o cuidado com a pele na troca da fralda e higiene corporal proporcionou segurança e conforto e ajudou preservar a integridade cutânea. A comunicação efetiva e atenção dispensada ao paciente proporcionam a valorização e reconhecimento de como ser social; o paciente foi capaz de verbalizar suas preocupações, apresentar a pele íntegra ao redor do ostoma. Ele mantém o controle do peso corporal, manuseia o equipamento do frasco da dieta, o equipo e a sonda de maneira competente e exibe cicatrização da ferida operatória.

Ressalta-se que o Sr. Oliveira é um dos oito homens do caso clínico que apesar de ser portador de câncer apresenta comorbidades (DM), necessitando de atenção à saúde no que se refere às necessidades específicas masculinas, a partir de ações efetivas para o cuidado de saúde. O cateter pode irritar a pele e a mucosa. O foco dos cuidados de enfermagem quanto à gastrostomia consiste em avaliar a capacidade do Sr. Oliveira de se ajustar a uma alteração na imagem corporal e participar no autocuidado. O curativo protege a pele ao redor da incisão contra o extravasamento de ácido gástrico. O Sr. Oliveira vivencia uma agressão importante para a imagem corporal a sonda de alimentação. Ele está ciente de que a gastrostomia como uma intervenção terapêutica é realizada apenas na presença de uma doença importante, crônica. Seria importante inserir a presença da família nesse processo de hospitalização do Sr. Oliveira no plano de cuidados de enfermagem.

O próximo caso clínico para discussão é do Sr. Vicente que apresenta características e necessidades de cuidado e saúde diferentes do Sr. Oliveira.

Srs. Juarez, Roberto, Arlindo, Alcides, Souza, Fernando e Oliveira nos remetem ao caso clínico do Sr. Vicente.



## APRESENTAÇÃO DO CASO VIII

*“Sr. Vicente, 55 anos, branco, solteiro, mecânico de automóvel, segurado pela previdência social, com diagnóstico clínico de câncer na laringe, laudo histopatológico de carcinomaespinocelular, com traqueostomia há dois meses. Sinais Vitais: Pressão Arterial: 110x60 mmhg FC: 67 bpm FR: 16 irpm Tax: 36.5°C Peso: 54,5 kg; Altura: 1,75 cm. Estado nutricional IMC: 17,80 desnutrição grau I leve. Nível de consciência lúcido orientado, acordado, aparência emagrecida, presença de barba deitado no leito. Função respiratória eupneica ausculta pulmonar com presença de sibilos, traqueostomia metálica curta nº seis com acolchoado de gaze saturada de secreção espessa de coloração amarela acoplada ao macronebulizador sob oxigenoterapia. Cabeceira do leito elevada a 45 °, soroterapia em acesso de veia periférica em membro superior direito, sonda de alimentação via gastrostomia, micção espontânea”.*

Os cuidados cotidianos recebidos pelo Sr. Vicente foram: cuidado de solicitar família para ser inserida no processo de plano de cuidados e participar ativamente dos cuidados ao Sr. Vicente; ajudar no autocuidado para ser barbear; cuidado de iniciar terapia nutricional e solicitar consulta extra de avaliação nutricional; trocar a gaze saturada de secreção no ostoma; estimular a habilidade de manusear e colocar a alimentação via gastrostomia; aspirar secreção traqueobrônquica; estimular ingestão hídrica via sonda gastrostomia; verificar sinais vitais; monitorar temperatura axilar; pois, o Sr. Vicente tem risco de apresentar temperatura corporal em decorrência da infecção respiratória pela presença de secreção amarela; manter umidificação de traqueostomia, estimular tosse efetiva, cuidado na ausculta os pulmões, incentivar a higiene da boca; pesar o paciente e anotar o cuidado oferecido a ele na folha individual.

Quanto aos cuidados recebidos pelo Sr. Vicente observa-se na necessidade de saúde o cuidado no padrão respiratório ineficaz, pois apresenta sibilos e eliminação de secreção traqueobrônquica amarela e espessa, além da desnutrição proteica calórica grau I. A hidratação adequada previne a desidratação e favorece a liberação das secreções pulmonares; a ingestão diária recomendada é de 2 a 4 litros de água por dia. O paciente precisa saber, que, mesmo sem usar a boca para comer e mastigar os alimentos torna-se primordial fazer a higiene da boca que promove a sensação de bem-estar e previne a halitose.

Enfatiza-se a importância do estilo de vida como fator contribuinte para a desnutrição, pois o uso do tabaco diminuir o apetite e o consumo de álcool não fornece nutriente, predispondo a hipovitaminose. Dessa forma, a avaliação nutricional fornece uma estimativa da composição corporal que ajuda a identificar os pacientes em risco de desnutrição induzida pelo câncer e estima a magnitude da depleção nutricional em pacientes que já estão desnutridos (SILVA, 2006).

O estado nutricional é um fator prognóstico, além de ter uma significativa associação com as funções cognitivas, sociais, emocionais, qualidade de vida e senso de bem-estar nos pacientes com câncer. Por meio da avaliação nutricional precoce, é possível estimar o risco nutricional, a magnitude da desnutrição, determinar intervenção e educação nutricional adequada e, melhorar ou manter o estado nutricional do paciente e a qualidade de vida. (CORRÊA, 2007).

Na análise dos cuidados específicos de enfermagem recebidos pelos homens hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, evidenciou-se que o cuidado do ambiente de manter a porta da enfermaria fechada, de considerar o gênero masculino, oferecer calça comprida com simpatia e respeito à individualidade de chamar o paciente pelo nome próprio, lidar com as prioridades masculinas, como manter o sr. Juarez de sunga, são cuidados específicos que envolvem as questões das masculinidades.

Dessa maneira, entende-se que as masculinidades são afetadas pela construção permeada por códigos, valores e simbolismo, atrelada a outras dimensões da vida social como classe, família, local do trabalho, entre outros. No entanto optamos por nos referirmos masculinidades no plural porque existem diferentes masculinidades que se vinculam a diferentes formas de ser homem e que constituem ao mesmo tempo uma experiência subjetiva e uma experiência social e culturalmente construída (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, ROMEU GOMES 2009).

Manter a cânula de traqueostomia desobstruída ao tossir efetivamente promove a drenagem das secreções facilitando a expansão do tórax e evitando a aspiração. A umidificação apropriada ajuda a liquidificar as secreções e prevenir a incrustação e formação de tampões na cânula interna. O distúrbio dos mecanismos normais para a umidificação da árvore traqueobrônquica requer umidade adicional do ar inspirado (BRUNNER, 2005).

Oferecer conforto e segurança reduz o sentimento de dependência e garante a familiaridade com o estoma, tubo, cadarços e gaze de traqueostomia, pois a compreensão da terminologia melhora e ajuda a reduzir o sentimento de ansiedade (CARPENITO, 2011).

Nessa perspectiva, o cuidado ao homem com traqueostomia envolve diferentes procedimentos tais como: retirada e introdução da cânula; higienização do estoma; posicionamento da almofada protetora da traqueostomia; posicionamento e fixação do cadarço; umidificação da via aérea inferior; aspiração das secreções pulmonares; estímulo à tosse e posicionamento do corpo para facilitação da tosse; cuidados com os aspectos nutricionais, e psicológicos; trocar gaze saturada de secreção do traqueostoma limpar o ostoma com gaze umedecida no soro fisiológico; conversar com o paciente como Sr. Vicente e explicar para tossir e não tampar o orifício da traqueostomia, oferecer gaze para limpar a secreção da traqueostomia quando tossir, aspirar secreção traqueal de aspecto amarelo e espesso.

Os cuidados com a traqueostomia e a oxigenação da função respiratória melhoram e proporcionam conforto, segurança e bem-estar a pacientes como o Sr. Vicente; com a posição elevada da cabeceira da cama a 45 graus; facilita-se a drenagem das secreções à respiração e a expansão do tórax e evita a aspiração, pois a colocação da cânula de traqueostomia estimula o aumento das secreções pulmonares.

Estudos demonstram que a manutenção de vias aéreas pérvia tem sido o maior desafio e o principal objetivo do cuidado de enfermagem ao paciente traqueostomizado (WILLEMEN, 2001; MARTINS *et al.* 2008).

O cuidado de aspirar e remover as secreções previne a estase, e a troca das gazes em torno do estoma previne fontes potenciais de contaminação, pois crostas de secreção podem obstruir as vias aéreas e tornarem-se uma fonte de infecção. Após a aspiração traqueal há melhora do padrão respiratório, e a ausculta dos ruídos respiratórios investiga a adequação do fluxo de ar e detecta a presença de sons adventícios. A literatura consultada recomenda que a necessidade de aspiração traqueal seja determinada fundamentalmente, pela ausculta do tórax para constatar a presença de secreções, tampões mucosos nas vias aéreas inferiores e quando a movimentação de secreções é audível durante a respiração. A aspiração traqueal deve ser realizada por demanda e não em horários preestabelecidos. (FARIAS *et al.* 2006).

Campos *et al.* (2008), relatam que, os registros das características das secreções favorecem o acompanhamento e a identificação de infecções, fistulas traqueoesofágicas e , umidificação inadequada. A resposta do paciente ao cuidado, e o estado respiratório do paciente antes e após a aspiração devem ser objetos de atenção e registro, já que fornecem dados para avaliação da eficácia e qualidade do cuidado oferecido. A limpeza do estoma previne as fontes potenciais de contaminação e ajudam a manter os limites do estoma secos e sem muco, e o cuidado com a pele na troca da fralda e higiene corporal proporciona segurança conforto e preserva a integridade cutânea.

Cabe ressaltar que a referência do risco de prejuízo à integridade da pele é importante, visto que é incorporada à Taxonomia Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2011), é definido como risco de a pele ser alterada de forma adversa por excreções e secreções, pele molhada entre outros fatores.

A reposição da água no macronebulizador fluidifica e previne a formação de secreção crostosa na traqueostomia. Usar vaporizadores no ambiente também liquefaz as secreções e reduz a inflamação das mucosas.

Quanto à comunicação instruir sobre os meios alternativos de comunicação por cartões, cartazes, favorecer a sensação de controle e autonomia, a comunicação efetiva e a atenção dispensada ao homem com traqueostomia proporcionam valorização e reconhecimento como ser social. A necessidade de comunicação torna-se um cuidado prioritário no caso do homem traqueostomizado, pois a impossibilidade da comunicação verbal oral é um aspecto que, sem dúvida, aumenta a intensidade do estresse ao paciente.

Dessa forma, pode-se oferecer opções de comunicação deixando ao alcance do paciente papel, caneta e se possível uma lousa mágica. O uso de papel e caneta para o paciente ser comunicar através da escrita dependerá da sua habilidade. Nesse sentido, a lousa mágica, torna-se um dos recursos adequados, eficazes, criativos e de baixo custo para favorecer a comunicação verbal escrita do homem traqueostomizado.

Melles e Zago (2001) estudaram a utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado e evidenciaram que a lousa mágica foi aceita pelos pacientes, possibilitando que seja utilizada

em qualquer decúbito em que o paciente esteja. No entanto, como limitações, requer que o paciente tenha habilidade da escrita e que a equipe de saúde forneça liberdade ao paciente para escrever, não o interrompendo, mantendo a punção venosa no membro não utilizado enquanto outros recursos não forem possíveis.

As autoras recomendam que devemos desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente traqueostomizado uma condição adequada de comunicação. A lousa mágica torna-se um dos recursos adequados, eficazes, criativos e de baixo custo para favorecer a comunicação verbal escrita do homem traqueostomizado.

Stefanelli e Carvalho (2005) afirmam que quando cuidamos do paciente, devemos estar atentos aos diferentes tipos de comunicação -não verbal: proxêmica, tacêsica, cinésica. Para fins definitórios para as autoras, a linguagem cinésica é conhecida como a linguagem do corpo, a proxêmica estuda os espaços interpessoais, a distância mantida entre os participantes de uma interação, a linguagem tacêsica estuda o toque, não só como instrumento de sensação, mas também como expressão de afetividade.

A hospitalização afeta o paciente e a família de várias formas. Os pacientes hospitalizados compartilham experiências que podem ser previstas; nesse sentido podemos ser um instrumento na direção dos pacientes para o caminho do apoio mútuo e da autonomia (LAUTERT, 1998). Quando o paciente está hospitalizado torna-se primordial o planejamento dos materiais essenciais para o cuidado de enfermagem tais como: luvas de procedimento, sonda de calibre médio nº 14 para aspiração traqueal, roupas como pijamas, lençóis, cobertores, traçados, oleado, fronhas, fraldas geriátricas, frasco de solução fisiológica, entre outros materiais.

Dentro do ambiente hospitalar temos os cuidados básicos que são caracterizados pelo controle do gotejamento da soroterapia, tocar terapêuticamente, controlar o peso, oferecer suporte emocional, controlar o gotejamento da dieta e posicionar melhor o paciente no leito, anotar na folha de evolução os cuidados de enfermagem recebidos pelo paciente, aquecer com cobertor administrar medicação endovenosa no membro superior esquerdo, estimular e ajudar na deambulação precoce, informar o valor da temperatura axilar 37°C

e da pressão arterial 110x60mmhg, instalar dieta enteral via gastrostomia, estimular o autocuidado e realizar higiene corporal do cabelo e couro cabeludo.

Nesse sentido, os cuidados oferecidos ao paciente são construídos como modelos alternativos de cuidar, a fim de recompor o retrato do homem em relação ao seu corpo, o conceito que ele faz de si e como vislumbra seus limites, suas formas, enfim sua imagem antes e depois da traqueostomia.

Durante o processo de cuidado ajuda-se o paciente a se pentear, e mostram-se opções de vestuário para o cotidiano, como por exemplo, de camisas de golas altas para cobrir a cânula de traqueostomia, estimulando e supervisionando o paciente a se barbear. A necessidade de segurança pode ser suprida quando se mantém o paciente em um ambiente psicosocial positivo, como, por exemplo, livre de barulhos, ruídos, cheiros, e quedas.

Temos também, no ambiente hospitalar os cuidados específicos cotidianos de enfermagem que são indispensáveis para que os homens alcancem sua recuperação de saúde e percebam suas expectativas e necessidades quanto à adaptação ao novo estilo de vida. O estudo de Coelho (2010), demonstrou um interessante resultado sobre os cuidados cotidianos, apresentando via quadro os cuidados de enfermagem de 15.204 pacientes adultos hospitalizados com doenças crônicas e agudas. E emergiu uma síntese dos cuidados desde o momento da entrada até a saída hospitalar tais como movimentação dos cuidados, condições dos pacientes, e situações dos pacientes.

No mesmo estudo, no entanto, a recuperação do paciente não se esgota nas possibilidades de atenção e equilíbrio dos males orgânicos previstos pela cura, calcados no modelo que identifica a cura e a patologia como principais referenciais. Nesse sentido, os homens hospitalizados com traqueostomia recebem os cuidados e reagem ao mesmo tempo de forma perceptível, como resposta aos cuidados prestados.

Atualmente o usuário dos serviços de saúde tem reconhecimento do seu direito de ser atendido com dignidade e não de uma forma massificada ou indiferente e de ter seus sentimentos e individualidade valorizada. Penso que esse querer é a expressão de desejar receber um cuidado amoroso, conversar durante a realização dos cuidados transmitir empatia, conforto e segurança ao paciente e à

família. Ayoub *et al.* (2000) relatam que, o câncer não é um problema unicamente físico, pois envolve também os aspectos emocionais e mentais do processo de adoecimento e recuperação.

No mesmo estudo, no entanto, prestar um cuidado amoroso também significa estar aberto a inovações, ter visibilidade aos sentimentos na relação do cuidado, ou simplesmente envolver-se em situações que requerem amor, compaixão e afeto; o aquecimento com cobertores, por exemplo, promove ao paciente conforto e bem-estar (GRUDTNER, 2010).

O estudo de Grudtner (2010) demonstrou um importante resultado sobre o amor no cuidado de enfermagem. A ofertar de um cuidado que atenda às necessidades humanas do paciente, respeitando sua dignidade, permitindo-lhe ser protagonista de sua história, diminuindo o sofrimento tanto seu como de sua família, facilitando a todos o alcance de qualidade de vida.

## CAPÍTULO 5

# O COTIDIANO NA ÓTICA DOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA

Longe de ser mera repetição, o cotidiano no cuidado faz parte de um contexto social amplo, que está impregnado pelas práticas sensíveis que se evidenciam nas diversas artes de fazer. Para falar de práticas, de criações e artes do cuidado é pensar e pesquisar o cotidiano com Michel de Certeau, foi preciso ouvir as palavras dos homens com traqueostomia, pensar a respeito de suas invenções, procurando evidenciar suas estratégias e táticas para a vida diária.

Nesse capítulo, discutiremos trechos das entrevistas realizadas com os pacientes e o cotidiano sob as óticas desses homens, que definiram diferentes formas da vida cotidiana de ser homem com traqueostomia. Assim procuramos extrair as características descritivas da vida diária evidenciadas pelas suas falas.

Nesse sentido, o cotidiano foi disseminado por Michel de Certeau (2008), com a publicação do livro “A Invenção do Cotidiano”, resultado de uma pesquisa sobre o tema, realizada em diferentes países. Para o autor o cotidiano não é simples repetição, ele é reinventado pelos seus praticantes, que não são de forma alguma, simples consumidores passivos e reflexivos.

Inicialmente, devemos levar em conta que os sujeitos pesquisados destacam a questão da normalidade como enfrentamento do cotidiano com traqueostomia: quanto a masculinidades, ressaltaram a questão do trabalho como forma de ser homem e de continuar trabalhando, ser o provedor, sustentar a família.

Dessa forma, ser homem é representado pelo fato de ser provedor articulando duas esferas o trabalho e a família, constituindo-se como duas instâncias de referência para a inserção e o reconhecimento de ser homem. Essa representação reflete a ideia de que a identidade de ser homem se ancora na sustentabilidade fornecida pelo trabalho,



para atingir o destino de formar uma família. Ainda há, no imaginário social, uma forte associação da função de provedor à figura masculina (GOMES, NASCIMENTO; REBELLO, 2008).

As invenções cotidianas dos homens com traqueostomia caracterizam-se com várias maneiras de fazer, nascida da vida diária das práticas triviais tais como: as conversas com amigos e familiares, as expressões faciais, os gestos, o trabalho, a higiene pessoal, a vida íntima e a manutenção das vias respiratórias. Essas invenções são caracterizadas pelos homens e se dão pelas habilidades e criatividade em estabelecer formas ao jeito de cada um.

Nessa perspectiva, as invenções cotidianas que ocorrem na vida diária dos homens representam as diferentes formas de se ajustarem à normalidade de ser homem com traqueostomia, de cuidar de si, se reorganizar no cotidiano para atender às necessidades básicas de saúde e cuidado.

### **Informação quanto à traqueostomia**

É aconselhável que o homem seja admitido na unidade de cirurgia com antecedência, quando não for o caso de urgência, para melhor orientação a respeito do procedimento de traqueostomia. Além dos cuidados de enfermagem hospitalar, convém salientar a importância e valorização da autoimagem. Cada homem receberá a informação sobre a traqueostomia individualmente, o que não impede que o homem, que será submetido a traqueostomia, entre em contato com outro já traqueostomizado e bem-sucedido. Todo homem hospitalizado tem direito a um atendimento atencioso, de receber informação clara, em uma linguagem acessível sobre seu diagnóstico clínico tratamento e cuidado.

De acordo com Chaves *et al.* (2005), a informação é um direito do cidadão, é um meio que a pessoa dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação de doença, como o câncer de laringe. A falta de informação, caracterizada como ignorância, permite ações abusivas; para que os homens possam cuidar de si, faz-se necessário manterem-se bem informados.

Alguns homens não tinham informação sobre traqueostomia como podemos observar pelas falas:

[...] Eu só vi descobrir o que era mesmo, depois que fiquei doente, tive esse problema.

Eu não sabia o que era, até então eu não sabia. Aí vi, fiz a cirurgia da traqueo. Eu não sabia o que era traqueostomia, aí que eu descobrir que era para facilitar a minha respiração para não morrer sufocado. Depois foi no dia seguinte que me explicaram tudo. O tal procedimento [...] Joaquim 12/08/2011.

[...] Não. Eles não chegaram a falar comigo o que era e o que não era. Ninguém me explicou. Quando eu fui fazer a radioterapia foi que eles falaram [...] Roberto 29/06/2011.

[...] Quando realizei a traqueo não fui informado sobre isso. Foi realizada no hospital X e quando acordei já estava com a ela [...] Luis 14/05/2011.

A informação, então é a base das decisões autônomas do homem que será submetido ao procedimento de traqueostomia, necessária para que o paciente possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde a ele proposto. Porém, diante da sua própria falta de informações, parece fundamental o esclarecimento pela enfermeira ao homem hospitalizado, do direito a informação sobre o processo cirúrgico junto ao médico.

A importância da informação e o conhecimento sobre a traqueostomia devem estar presente no processo decisório que envolve o procedimento cirúrgico a ser adotado. No entanto, ao serem indagados sobre o que sabia sobre traqueostomia os homens não sabiam o que era isso, não sabendo informar para que servia a traqueostomia.

Sendo uma das principais necessidades significativas pelos homens a da informação, entende-se que, para o favorecimento das práticas de cuidado, urge que sejam orientados acerca da traqueostomia, contemplando o respeito e autonomia. Assim, ao serem contemplados as dúvidas, estará respeitando o direito ao conhecimento no que diz respeito o processo de hospitalização e tratamento, relacionada à autonomia do homem como forma de ser (BAGGIO, 2011).

Dessa maneira, para o tratamento cirúrgico tornar-se completo, o paciente necessita ter informação. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia e sim de explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as consequências, a fim de que o paciente possa estar ciente do seu tratamento e colaborar na recuperação de saúde.

Com isso, a questão da participação do homem com traqueostomia no processo de cuidado e tratamento, inclusive na modalidade a que será submetida, deve ser conduzida dentro de uma proposta de um modelo assistencial traçado pela ética do cuidar de pessoas, de forma a permitir que esta se torne sujeito de participação de sua própria assistência.

Apesar de ter recebido informação, estas parecem se insuficientes porque, de acordo com alguns homens não lembravam, conforme os relatos:

[...] Não me lembro, mas, é que ia fazer para falta de ar, só isso [...] Pedro 22/07/2011.

[...] Sobre isso sei muito pouco, ouço dizer que a traqueostomia deve estar sempre limpa e manter o cuidado de higiene para que a pessoa tenha uma boa respiração [...] Mário 05/05/2011.

As informações a respeito da traqueostomia são breves e insuficientes. Considera-se que as informações fornecidas aos homens, não correspondem às suas necessidades e isso precisa ser melhorado porque, as informações sobre a traqueostomia devem ser explicadas de formas claras, concisas, uma linguagem simples, e a participação da família, associada à necessidade de saúde e cuidado do homem.

Os homens foram informados pelos profissionais de saúde a respeito da necessidade de fazer a traqueostomia. Constata-se pelos depoimentos.

[...] Quem me orientou foi o médico, porque eu estava sem respirar. Eu não conseguia respirar aí o médico falou que eu tinha que fazer esse negócio a traqueo. Aí fiz e eu fiquei bom, conseguir respirar, aí dormir tranquilo, porque eu não conseguia mais dormir que era muita falta de ar aí eu fiquei bom [...] Santos 03/08/2011.

[...] Foi me explicado (o médico) pela minha doença que a traqueostomia era para mim respirar porque a doença estava trancando a minha respiração, eu tossia muito e sentia falta de ar, muitas noites que eu não dormia tava fechando, eu vim para passar no médico, e aí ele achou por bem fazer está traqueostomia de urgência [...] José 21/08/2011.

[...] O médico me explicou que a traqueostomia seria para aliviar o problema do ar (respiração), facilitaria muito o tratamento. Achei fundamental para mim, foi essa explicação [...] Jonas 14/05/2011.

Os depoimentos evidenciaram que os homens receberam as informações sobre a traqueostomia e entenderam que o procedimento seria para ajudar na respiração, Porque a dispneia é causada pelo câncer na laringe. Nesse sentido torna-se importante o paciente ser informado, para que participe ativamente do processo saúde-doença cuidado.

Parece-nos claro que o paciente, uma vez atendido em seu direito à informação, é capaz de refletir e, sentindo-se seguro a, tomar uma decisão a favor da vida, aceitando sua condição de traqueostomizado.

Alguns depoimentos mostraram com evidência o quanto é importante o homem ser informado sobre a traqueostomia, para que participe ativamente desse processo:

[...] Essa é a segunda vez que faço traqueostomia, na primeira vez foi falado na emergência pelo médico a necessidade de fazer para ajudar na respiração. Essa segunda vez operei, aí os médicos não conseguiram retirar o tubo aí fizemos novamente para eu poder respirar [...] Rubem 05/05/2011.

[...] Quando realizei a traqueostomia, a enfermeira me explicou que seria para eu respirar, melhor [...] Elias 11/05/2011.

### **Aparência e autoimagem do homem**

A autoimagem, pode ser o reconhecimento que fazemos de nós, como sentimos as nossas potencialidades, sentimentos, atitudes e ideias, a imagem e a ideia realista que fazemos de nós. Embora a traqueostomia seja um dispositivo respiratório que os homens com câncer de laringe precisam usar, no relato dos homens, identificamos que não tiveram problemas, não interferiu no cotidiano e era “normal” ter a traqueostomia. Os seguintes depoimentos exemplificam essas possibilidades:

[...] Eu me vejo tranquilo um negócio que tive que fazer. Eu preciso usar e pronto. Não tive problema nenhum [...] Pedro.

[...] Não interferiu. Eu sentir diferença que aquilo não estava certo, mas eu sabia que tinha que usar não poderia recusar aquilo. Não tinha vergonha de sair de casa, porque aquilo ali salvou a minha vida. Estava tudo legal [...] Roberto.

[...] não tinha vergonha de estar com a traqueostomia frente á esposa ou amigos [...] Luis.

[...] Não alterou no meu cotidiano, nem afetou a parte masculina. Trabalhei na semana seguinte após ter realizado a traqueostomia. Quero ficar bom, com saúde [...] Elias.

Para compensar a alteração da autoimagem eles negam, dizem que a presença da traqueostomia não interferiu ou causou problemas no seu cotidiano. A aparência, nesse caso faz parte do cotidiano dos homens, a afonia e a alteração da autoimagem são consequências pós-operatórias que estigmatizam os homens com traqueostomia. Para Flavio *et al.* (1999), identificaram no estudo com laringectomizados que o estigma é percebido por eles, como mecanismo de defesa, alteram seus hábitos de vida e para compensar, desenvolvem comportamentos de negação que passam a ser considerado de forma valorativa.

Observa-se a negação nos depoimentos dos homens que podem ser caracterizados como um mecanismo de enfrentamento.

Kubler Ross (1977) foi uma das primeiras a examinar a negação do paciente e expô-la como um mecanismo de enfrentamento útil que possibilita ao paciente ganhar tempo e adaptar-se ao novo estilo de vida. Penso que os homens caracterizados como estando em negação podem estar usando tal estratégia para preservar relações interpessoais importantes com familiares, amigos entre outros, proteger-se contra os efeitos da autoimagem alterada por causa do medo do abandono.

Negação é a defesa temporária que funciona como um amortecedor, dando tempo para mobilização de defesas menos radicais (KUBLER ROSS, 1977).

Outra questão que chama atenção, por mais que a traqueostomia altere a autoimagem dos homens, observa-se nos relatos que eles negam o tempo todo. Isso pode ter relação com a questão da masculinidade de não deixar evidente a fragilidade em relação à alteração da autoimagem alterada. Como ressalta Toneli *et al.* (2010), a construção histórica do estereótipo de masculinidade fornece a base para o modelo hegemônico e normativo do “homem de verdade”, esse ideal a ser alcançado é parte integrante do funcionamento da sociedade e valoriza as seguintes características: ser forte, ter coragem para assumir riscos, e autocontrole emocional.

Nesse sentido, homens com essas características raramente procuram ajuda para o cuidado a saúde, apresenta muita dificuldade de demonstrar suas limitações, o que podemos relacionar com os aspectos históricos sobre masculinidade.

O termo imagem corporal alterada, refere-se a qualquer alteração significativa na imagem corporal que ocorre fora dos domínios

do desenvolvimento. Entretanto, a definição da nova imagem, pelo paciente, dependerá de experiências, da adaptação. Quanto mais flexível for a personalidade do indivíduo, mais fácil será a adaptação a imagem corporal alterada (HANNIICKEL, *et al.* 2002).

O enfrentamento dependerá dos recursos pessoais como: saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, autoestima, autocontrole, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e práticas sociais. Os recursos externos são outro ponto importante para o indivíduo, como suporte social família, amigos, grupo de apoio e os recursos materiais. O processo de enfrentamento da autoimagem inicia-se logo após o procedimento de traqueostomia, ainda no ambiente hospitalar.

Para Coelho 2007, cuidar da autoimagem comprometida é recompor o retrato do paciente em relação ao seu corpo, ao conceito que o mesmo faz de si e como vislumbra os limites, formas, sua autoimagem antes e durante a hospitalização e a realização da traqueostomia.

Canguilhem (1990), rompe com essa concepção de saúde como adequação a uma norma pré definida e mostra a saúde e a doença como expressão de diferentes padrões não limitados apenas à perspectiva da adaptação. Segundo a qual os fenômenos patológicos são idênticos aos normais correspondentes. Nessa perspectiva, a normalidade e a saúde estão ligadas à possibilidade de realizar atividades da vida cotidiana com certo grau de autonomia e de eficiência. Podemos observar essa questão através dos depoimentos:

[...] Bem. Minha cabeça, eu encarei isso normal. Eu não tive grandes problemas não, quanto usar a traqueo. Normal [...] Joaquim.

[...] O normal, aonde eu trabalho tem colega que já tem a traqueo, ele me deu muita força. Falou: ‘não vai esquentar sua cabeça, vai viver sua vida norma’. Eu fui na onda dele. Normal, vou trabalhar, passear me divertir. Uso a gola da blusa ou a gravata para cobrir a traqueo [...] Santos.

[...] Não. Completamente o contrário. Normal me senti um homem normal, porque a traqueo só vai me beneficiar[...] José.

[...] Não alterou nada, levei uma vida normal. Os amigos me encarnavam, só “sacanagem” “bobagem”. Fazia biscate não parei de trabalhar [...] Antonio.

[...] A aparência é normal [...] Mário.

Para os sujeitos do estudo, apreendemos que o principal mecanismo de enfrentamento é a da normalização. Observa-se que apesar dos homens usarem traqueostomia eles afirmam ser normal, que possibilita o controle da doença e do tratamento e a reinserção social. Os homens não desistem da vida, fazem planos para o futuro, como relatam Santos e Antonio. Nesse sentido, em relação a traqueostomia, aceitar o procedimento pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Além disso, compreendemos que por continuarem trabalhando levando a vida cotidiana normal, também está inserida na estratégia de buscar da normatização da vida.

Tal resultado se mostra próximo do pensamento da autora Coelho, (2000), na perspectiva da saúde mental, a normalidade e a saúde estão ligadas à possibilidade de realizar atividades da vida cotidiana com certo grau de autonomia e eficiência.

Para Ganzella e Zago (2010), o processo de normalização da vida, como estratégia de enfrentamento à autoimagem e a doença, é culturalmente aprendida e valorizada, possibilita lidar com as angústias, incertezas e sofrimento, é uma visão comum na condição de cronicidade. Concordamos com essa afirmação, pois estudos socioantropológicos demonstram esta mesma forma de pensar e agir na busca da normalidade entre pacientes adultos e idosos, como a principal estratégia para lidarem com o processo do câncer (DÁZIO; ZAGO, 2009), o que nos parece uma visão culturalmente universal.

A percepção da normalidade como ligada ao que é tido como comum é uma ideia que se encontra presente. Tal associação pode constituir um dos fatores que contribuem para a autopercepção como pessoas normais.

Souza *et al.* (2007), aborda que dentro desse enfoque, saúde e doença são similares à vida e morte, portanto é preciso normalizar para poder ter o controle sobre doença, é necessário saber, em uma situação de doença que foge da normalidade, o que deve ou não ser feito para o restabelecimento da saúde.

Assim sendo, entre as estratégias de cuidado para os homens com traqueostomia que podem facilitar as suas experiências de vida, ressaltamos: identificar os sentidos dados ao câncer e ao tratamento, possibilitar a expressão da experiência com a traqueostomia e a autoimagem, incentivar a realizar o autocuidado, ajudar a manter esperanças realistas, incentivar “a vida normal” que para os homens seria trabalhar, sair para passear.

Estudo de Ganzella e Zago (2010), com pacientes talassêmicos adultos e o seu regime terapêutico evidenciou que para reduzir o peso do sofrimento e do estigma, eles empregam estratégia de normalização, elaborada no grupo social. Esta possibilita terem sensação de ordem da vida, de controle da doença. Assim, as interrupções no tratamento ocorrem pela necessidade de normalização do corpo e da vida.

Assim, o conceito de normalidade é reforçado como parâmetro científico fundamental para se definir saúde. A doença, a partir de então, passa a ser entendida em termos de desvios dessa normalidade, está doente aquele que se afasta do normal ou para mais ou para menos. Normal é aquilo que segue a norma. Normalizar, passa a ser o retorno ao estado normal, à normalidade. Na clínica, a doença é considerada anormal, enquanto a saúde como normal (SOUZA, 2007).

Verifica-se que, na perspectiva dos homens, a normalidade e a saúde estão associados aos comportamentos apontados na literatura científica como normais saudáveis, o inverso ocorrendo em relação aos conceitos de anormalidade e doença crônica. Eles não se consideram anormais por necessitarem usar traqueostomia por consequência do câncer na laringe.

### **Vida íntima com traqueostomia**

As questões que envolvem a sexualidade e a sensualidade devem ser desmistificadas, assim como os mitos e preconceitos direcionados à sexualidade e a otimização do conhecimento dos homens acerca da temática sexualidade humana e sensualidade em todas as suas nuances biológico psicológico e sociocultural. Dessa forma, entende-se sexualidade como dimensão importante do ser humano, merecedor de atenção, considerando o cuidado com a autoimagem e com a expressão da sexualidade do homem com traqueostomia.

Por estes seis depoimentos os cuidados direcionados a vida íntima não são oferecidos, fato este que gera dúvidas e insegurança ao paciente. Como podemos evidenciar a seguir:

[...] Em relação ao sexo com a traqueostomia, não recebi esclarecimentos sobre isso [...] Juvenal.

[...] Não recebi orientação. Eu não me preocupo com essa questão [...] Jonas.



[...] não recebi informações sobre sexo [...] Luis.

[...] Nunca ninguém falou sobre esse assunto comigo. Não foi falado nada [...] Joaquim.

[...] Não tive interesse em saber porque primeiro eu vivo em lugar isolado [...] Pedro.

[...] Ninguém me explicou sobre isso [...] Antonio.

As necessidades de informações sobre vida íntima aos homens não foram atendidas. As pessoas com enfermidades crônicas precisam de informações sobre a saúde sexual para poderem participar ativamente dos cuidados relativos a sua vida na intimidade. A informação e o conhecimento fazem com que o homem assimile e facilite a convivência com a sexualidade em todos os seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Embora a pessoa tenha o direito de decidir se deve saber ou não, como na fala do senhor Pedro “*não tive interesse em saber*”, devemos ter a responsabilidade de apresentar a informação que vai motivar o indivíduo a reconhecer a necessidade de saber. Com isso deve-se aproveitar a oportunidade do ambiente de cuidado de saúde para facilitar e estimular o bem-estar do paciente em relação à autoimagem sexual.

A sexualidade deve ser entendida como uma dimensão pessoal e humana que compreende não só a genitalidade, mas supera os limites do impulso genital, caracterizando-se como um aspecto profundo e total da personalidade humana, presente desde a concepção até a morte (MELLO; CARVALHO; PELÁ, 2005)

Discutir a sexualidade humana pode ser desconfortável para os profissionais de saúde. Pois, podem apresentar inconscientemente, estereótipos relacionados com a sexualidade das pessoas com câncer. Além disso, os homens ficam, embaraçados para iniciar uma discussão sobre questões de sexualidade com traqueostomia. Nesse sentido, ao iniciar a avaliação sobre preocupações de sua vida íntima, deve-se demonstrar que as alterações no funcionamento sexual são tópicos para discussão e propiciar um ambiente seguro e com privacidade ao paciente.

Além dessas dificuldades, é importante destacar que três sujeitos referiram interrupção da atividade sexual após descobrirem a doença e terem realizado a traqueostomia.

[...] Não tive vida amorosa com ninguém desde o início do tratamento [...] Santos.

[...] Eu não tive relação sexual depois que fiz a traqueostomia. A minha companheira vive na casa dela e eu na minha, tipo um amigo liberal [...] José.

[...] Para mim isso foi muito fácil, porque nós já estávamos se separando e eu vou falar a realidade porque beijo e abraço não tinham, quarenta e oito anos e ela já estava separando e não acontecia, mas nada [...] Roberto.

As alterações que dizem respeito à sexualidade humana e a vida amorosa são tratadas na classificação da Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA, 2011), por meio de dois diagnósticos de enfermagem: Padrões de Sexualidade Ineficazes, definido como expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade e Disfunção Sexual compreendido como mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada

Três sujeitos da pesquisa, mencionaram que após a mudança no estado de saúde, o desejo sexual diminuiu não teve vida amorosa com ninguém e estava se separando. Estudo evidenciou que a diminuição, do desejo sexual pode ser influenciada por fatores orgânicos ou psicológicos. Os orgânicos caracterizam-se, principalmente, pela diminuição do hormônio testosterona, responsável pela apetência sexual e os fatores psicológicos são marcados pelo sofrimento, medo e preocupação decorrentes do câncer e tratamento. (MELLO; CARVALHO; PELÁ, 2005).

Porém, não se pode deixar de mencionar que essa e outras dificuldades referidas pelos depoentes conduzem a alterações na vida íntima, que vão desde a diminuição da frequência da atividade sexual o estabelecimento que a vida sexual deve ser interrompida após o diagnóstico de câncer e o procedimento de traqueostomia.

Esses resultados reforçam a necessidade de ajudar os homens no que compete à área da sexualidade humana, sobretudo alertando profissionais da saúde para que se capacitem para atuar no campo da sexualidade.

O que chamou atenção nas narrativas dos informantes foi à fala do Sr. Antonio declarando que teve relação sexual com traqueostomia, sem apresentar problemas, tirava a cânula de traqueosto-

mia na hora da relação sexual. Mesmo sem ter recebido informações sobre sexualidade com traqueostomia.

[...] Até hoje sinceramente está tudo bem. Tenho relação sexual com a traqueostomia e deu tudo bem. Se tivesse ocorrido alguma coisa teria ido para o médico. Não lembro. Acho que tirava a traqueostomia, depois colocava. Ninguém me explicou sobre isso [...] Antonio.

### **Outras atividades cotidianas com traqueostomia**

O cotidiano dos homens com traqueostomia relacionam-se, em parte com as masculinidades e as questões relacionadas em trabalhar para pagar as contas, como provedor da família o homem da casa.

Conviver com as mudanças no sistema respiratório e com a traqueostomia foram processos que demandaram recursos internos e externos dos homens, como, sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade. Podemos observar a dependência através da fala do Santos foi morar com a irmã. Não fazia nada,

[...] Eu fui direto para casa da minha irmã, quando sair de alta. Eu não tinha condições de morar sozinho [...] Santos.

[...] No primeiro mês eu não fazia nada porque não tinha força não podia andar, não capinava, não varria o terreiro, não tinha força, os nervos ficaram muito abatido. Tinha muita secreção. Eu planto uma horta, eu planto milho, ando de bicicleta, conserto uma cerca que eu tenho lá. Eu tenho um quintal grande, faço exercício, ando de bicicleta, ando de pé quase 05 KM de bicicleta [...] Roberto.

**Retorno às suas atividades cotidianas** apareceu em oito falas, quando os homens relataram sobre o cotidiano com a traqueostomia.

[...] Aquela história que falei, às vezes dava uma relaxada. Eu sou sozinho aí quer dizer, você que tem fazer sua comida fazer tudo [...] Joaquim.

[...] Sempre fiz minha comida, sempre lavei minha roupa, limpo minha casa. Na segunda-feira comecei fazer as minhas coisas, tinha uma mulher lá para me ajudar eu falei com ela, Oh. Minha filha não precisa mas não. Eu pagava cem reais, eu não

fazia nada ficava ansioso. Eu tenho uma horta colhia tomate, couve, dei couve à vontade, mamão, pimentão [...] Pedro.

[...] Como eu sou pedreiro o serviço é pesado, os serviços mais pesados eu cancelei. Agora se eu for rolar uma parede, varrer uma casa, lavar uma louça coisa leve que não exige desgaste físico [...] José.

[...] Levei, encarei a vida cotidiana normal, até ajudei um vizinho que usou também a traqueostomia, ele não havia recebido os cuidados de como se cuidar e higienizar a traqueostomia [...] Rubem.

[...] Trabalhei na semana seguinte após ter realizado a traqueostomia. Quero ficar bom com saúde [...] Elias.

[...] Fazia biscate, não parei de trabalhar [...] Antonio.

[...] No cotidiano, não alterou nada [...] Juvenal.

[...] Levei a vida normal, saía de casa, ia à rua sem problemas

[...] Luis.

Observa-se que não houve dificuldade de retornar ao trabalho. O trabalho é um marco de referência para a construção da identidade masculina e reconhecida como valor moral, que sustenta a honra do provedor da família e fornece realização pessoal. Pode-se observar na fala do Sr. Antonio '*Não parei de trabalhar*'. Compreende-se que se acostumar com a traqueostomia e sentir-se normal conforme a fala do Sr. Luiz '*Levei a vida normal*' São imagens que a pessoa constrói sobre o corpo alterado. Retomar a normalidade torna-se um objetivo desejado para se obter senso de controle as atividades do dia a dia.

O que chamou atenção nas foi a retomada da normalidade, foi a questão de voltar a trabalhar numa concepção simbólica de honra que rege as expectativas a atuações dos homens no lar e na vida social, norma da masculinidade hegemônica. Os homens têm dificuldade de demonstrar as suas limitações, o que relacionam com aspectos históricos sobre masculinidades demonstrar que são fortes.

Alguns entrevistados apontam que não houve ruptura com a vida cotidiana manteve, pois as atividades diárias, fazendo "biscate", "pintando parede", e cuidados diários da casa por morar sozinho. Assim, o que marca são os enunciados dos homens caracterizados pelas condições de potência e vontade de viver. Podemos observar através do depoimento do Sr. Elias '*Ficar bom, com saúde*'.

Ao retornar à vida cotidiana, o homem com traqueostomia vê a chance de ser produtivo para a sociedade, vai tentando levar a mesma vida de antes. Nesse enfrentamento com o cotidiano, o homem

passa por um período inicial de ajuste, pois ainda precisa restaurar as forças e o vigor para sentir-se em melhores condições de retornar às atividades cotidianas, como aparece na narrativa do Sr. José: *‘Como eu sou pedreiro o serviço é pesado, os serviços mais pesado, eu cancelo’*

## **Informação sobre manter a cânula de traqueostomia limpa**

O cuidado de informar o homem para manter a cânula limpa e a sua frequência merece especial atenção, os quais deverá ter ciência a fim de prevenir complicações que podem surgir tais como: infecções, obstrução da cânula traqueal, e formação de crostas.

Dessa forma, os cuidados de enfermagem, são fundamentais para aceitação e conscientização do homem com traqueostomia.

Na literatura preconiza-se que a cânula de traqueostomia e o traqueostoma devem ser limpos com água corrente ou solução salina, observando diariamente sinais de infecção. Mas o que chama atenção nas falas dos homens e podemos observar, que há contravérsias em relação às soluções utilizadas para a limpeza da cânula.

[...] A eu usava álcool. Aquele de dentro eles tiravam, a de fora eu que tirava, eu tinha um negócio de borracha, aí eu pegava às vezes, eu colocava água morna quando tinha tempo botava ela no lugar e no final colocava álcool duas vezes e lavando três vezes.. Eu quis aprender sozinho para não ficar toda hora tirar aqui. Primeiro foi o enfermeiro que ensinou a minha filha aí depois chegou lá casa, aí eu tentei tirar para aprender e não depender da minha filha. Atrair moscas [...] Roberto.

[...] Na rua do Resende a enfermeira que me explicou. Eu todo dia de manhã acordava ia ao espelho lá na pia do banheiro lavava esfregava por dentro passava o sabonete, fazia isso depois do almoço a tarde e a noite, cortava e colocava a gaze ia dormir tranquilo [...] Pedro.

[...] Eu fui direto para casa da minha irmã, quando sai de alta. Eu não tinha condição de morar sozinho. A minha irmã limpa com detergente e uma palhinha de aço depois joga água quente. Eu comprei aquele sabão de glicerina aí a minha irmã foi tirou a cânula enfiava a gaze e detergente embaixo da torneira na pia do banheiro depois pegava uma caneca de água quente para en-

xaguar. Pega a gaze corta, bota esparadrapo e coloca por baixo da traqueo [...] Santos.

[...] Eu passo uma gaze umedeço com um óleo que não sei o nome (Dersani AGE – Ácidos Graxos Essenciais). Eu limpo as laterais depois que tiro toda a secreção, esfrego para lá e pra cá enxáguo aí quando está tudo limpinho enxáguo. Aqui na enfermaria, a enfermeira me explicou com esse boneco, pena que esqueci o nome dela, ela foi muita simpática comigo [...] José.  
[...] Minha filha limpa com a escovinha e sabão [...] Juvenal.

Os homens evidenciaram que os Sr. Roberto higienizava a cânula com álcool, o Sr. Pedro com sabonete o Sr. Santos com detergente, e o Sr. José com óleo que não saber informar o nome. Fato que gera reflexões de como os homens recebem os cuidados em relação à limpeza com a cânula, pois observa-se que cada um limpa com uma solução e forma diferentes. Por outro lado, às informações quando recebidas não são suficientes entendidas pelos homens, quanto ao cuidado com a limpeza da cânula e muitas vezes realizam o cuidado de maneira equivocada.

Dessa forma, a informação recebida pelo homem não foi suficientemente entendida, fato este que, gerou dúvidas e acredita-se que pode comprometer a recuperação de saúde do paciente. O soro fisiológico 0,9% é de fácil acesso, único agente de limpeza totalmente seguro. A higienização é o efeito de higienizar, tornar limpo, saudável, higiênico e a maneira de garantir a segurança e conforto do paciente (BARICHELLO, 2002).

A cânula deve estar sempre limpa, é facilmente removível para a limpeza, devendo ser lavada com água e sabão neutro e, em seguida deve ser seca com toalha limpa e inserida no orifício. É importante que não permaneça resto de sabão na cânula, quando ela for reintroduzida na cânula. Tanto a cânula como o traqueostoma, devem ser mantidos sempre limpos, utilizando escovinha água e sabão, enxaguando-a, retirando o excesso de água e recolocando-a.

Essa frequência da limpeza deve ser realizada no mínimo três vezes ao dia e sempre que necessário, tendo por objetivo básico a higiene e conforto, atendendo às necessidades de autoimagem, autoestima e manutenção da via respiratória do paciente. Pode-se observar nos depoimentos dos entrevistados que realizam a limpeza como preconiza a literatura.

[...] Me deram um paninho para cobrir a traqueostomia da poeira, me encaminharam para o ambulatório de enfermagem na rua do Rezende. Eu realizava os cuidados em casa, pois tinha medo de infecção. Realizo higiene da cânula três vezes ao dia mesmo sem catarro [...] Joaquim.

[...] A enfermeira falou que teria que limpar três vezes ao dia e trocar de 15/15 dias [...] Roberto

[...] A enfermeira pediu para limpar três a quatro vezes, mas eu só limpo duas vezes porque se você faz mínimo de três vezes [...] José.

[...] Segunda vez que estou com traqueostomia não tive orientação, realizo higiene da cânula três vezes [...] Rubem.

[...] Em casa minha filha limpa três a quatro vezes com a escovinha e sabão [...] Juvenal.

[...] para que haja limpeza é necessário lavar e passar escova várias vezes ao dia [...] Mário

Nessa perspectiva, o cuidado apropriado da traqueostomia pode ajudar a prevenir a infecção e outras complicações como a obstrução da cânula, a pele deve ser protegida contra as secreções pulmonares e as trocas dos curativos regulares, pois ajudam a manter os limites do estoma seco e sem muco, deve-se usar a confirmação para garantir o entendimento das informações oferecidas pelo paciente demonstrando as medidas de cuidados com a traqueostomia.

A necessidade de informação para o cuidado, por ser essencial não apenas à satisfação da pessoa em termos de aprender e conhecer, mas para esclarecer dúvidas, sanar tensões através da educação para a saúde, a mudança de conduta e a participação ativa do paciente no processo de aprendizagem para o cuidado e cuidado de si.

### **Informação sobre comunicação com traqueostomia**

O paciente deve ser encorajado a ocluir o orifício da cânula com o dedo para falar, pois, com a realização da traqueostomia após a recuperação, a primeira constatação do paciente é que está com afasia. Assim, o cuidado de informar ao paciente para colocar o dedo indicador para falar torna-se uma ação de enfermagem primordial, neste momento em que o homem não sabe como proceder para falar com traqueostomia.

[...] Na primeira traqueostomia recebi informações da enfermeira de como tapar o buraco do caninho com dedo para fala. Nesta segunda eu já sabia como era para falar [...] Joaquim.  
[...] Não foi difícil coloquei o dedo. Eu não sabia, que se não colocasse a mão a voz não saía. De manhã o médico falou coloca a mão aqui, você coloca a mão e já está falando [...] Roberto.  
[...] O médico que me explicou no sábado quando ele me deu alta, foi na minha cama você quer falar, coloque o dedo aqui na traqueostomia, agora você pode fala [...] Pedro.  
[...] Foi aqui no hospital mesmo logo após a cirurgia foi o enfermeiro de cabeça e pescoço. Aí eu comecei a falar com ele (enfermeiro), ele mandou eu colocar o dedo, no burquinho e falar, só não fala muito porque você acabou de ser operado A partir de amanhã você em casa pode falar [...] José.

Os homens apresentaram facilidade na estratégia de comunicação oral via médicos e enfermeiros, ao colocar o dedo indicador no orifício da cânula de traqueostomia metálica, com a finalidade de emitir a fala sob a orientação dos profissionais de saúde.

Observa-se na fala do Srs. Joaquim e Roberto, *'eu já sabia como era para falar'* e *'não foi difícil colocar o dedo'*. Nesse sentido, os profissionais médicos e enfermeiros ofereceram ao homem com traqueostomia condição de comunicação oral.

Segundo Stefanelli e Carvalho (2005), consideram que a comunicação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem, processo que possibilita o relacionamento do paciente com as demais pessoas, além de ser uma necessidade humana básica.

A traqueostomia altera a anatomia e a fisiologia do sistema respiratório que é fundamental para a produção da fala. O impacto da traqueostomia na comunicação do homem pode causar inicialmente uma sensação de impotência e descontrole da situação.

A cânula de traqueostomia altera o trajeto do fluxo aéreo expiratório para o estoma no pescoço. Essa modificação do trajeto ocasiona redução do fluxo e da pressão infraglótica, o que irá acarretar em alteração da mobilidade e força da musculatura intrínseca da laringe e pregas vocais, justificando a afonia ou disfonia, de diferentes graus de severidade e características.

Na presença do cuff, o fluxo aéreo é impedido de chegar à região infraglótica, dessa forma, a produção da fala é impraticável (BARROS; PORTAS; QUEIJA, 2009). A revisão da literatura é



controversa e faz refletir sobre o real impacto dos diferentes tipos de cânulas na função da comunicação com traqueostomia.

Nos depoimentos dos homens em relação à comunicação oral tapar o orifício era um meio utilizado para falar.

[...] A enfermeira Márcia que me falou como iria me comunicar. Eu vi um cara tapando para falar, eu ainda nem tinha feito isso aqui. Aí a Célia perguntou quem lhe ensinou, ninguém eu vi [...] Santos.

[...] Na primeira traqueostomia recebi informações de como tapar o buraco do caninho com dedo para falar, na segunda não [...] Rubem.

[...] Precisa tapar para falar [...] Juvenal.

[...] O médico explicou para tapar o buraco da traqueostomia com o dedo [...] Elias.

[...] A fonoaudióloga me explicou que tampando o dedo no orifício da traqueo eu conseguia falar [...] Jonas.

[...] Comunicação isso aí, foi com o tempo. Alguns entendiam outros não, falava com os lábios, tapava, mas a fala não saía [...] Antonio.

De acordo com Ferreira (2001), o significado de tapar é vedar o orifício fechar tapar, arrolhar. Frente à importância de um meio de comunicação para os homens com traqueostomia e para a sua integração no contexto hospitalar, torna-se fundamental que busquemos recursos eficientes para suprir as necessidades de cuidados.

Observa-se que ao receber informação da enfermeira do médico e da fonoaudióloga, que deveriam tapar a traqueostomia para poder se comunicar, torna-se fundamental clarificar e validar as informações que foram oferecidas ao homem, explicando como pode se comunicar com a cânula de traqueostomia, tapando o orifício da cânula com avaliação objetiva e eficiente da comunicação oral.

Dessa forma, o que chamou atenção foi o depoimento do Sr. Antonio. “Alguns entendiam outros não, falava com os lábios, tapava, mas a fala não saía [...]”. Isso se deve a dificuldade, a ansiedade, o tamanho do tumor sobre a laringe e as cordas vocais impossibilitando a saída da fala.

Essa dificuldade verbal pelo paciente causa estresse, medo, depressão e baixa autoestima. Neste momento, pode usar-se a comunicação através da escrita, estratégia de movimentos gestuais que tem

uma desvantagem central, o receptor da mensagem precisa ter uma experiência com essa troca de comunicação por gestos. Podemos observar na fala do Sr. Antonio “que alguns entendiam outros não.”.

Para que se inicie o processo comunicativo, o emissor (o paciente) envia uma mensagem, o receptor (as pessoas), recebem a mensagem e decifra-a com o objetivo de entendê-la. Mas, para que ocorra o processo comunicativo o receptor deve emitir uma resposta ao emissor.

[...] Aprendi a falar com o tempo, eu usava os lábios e escrevia num papel [...] Luis.

[...] Por escrito e por sinais [...] Mário.

Nesse sentido, pode-se confirmar que frequentemente a enfermeira assume tanto o papel de emissor como de receptor, num mesmo processo de cuidado, sendo necessário tanto enviar mensagens que o paciente entenda como entender as mensagens recebidas para suprir as necessidades de cuidados.

### **Banho de aspersão e limpeza da cavidade oral**

A evolução do conceito de higiene corporal tem visibilidade na história descrita por Vigarello (1985), passando dos imaginários sobre a água, sobre a pele, a valorização no cotidiano, apenas do que são visíveis, tipos de banhos: ablução, aspersão, e imersão e finalidades; mudanças na utilização da roupa, como por exemplo, a valorização de rendas, dos tecidos finos, do tecido branco, este passando a significar asseio, sobretudo no século XVII com a valorização das partes ocultas do corpo. A questão da higiene está arraigada ao saber e ao fazer da enfermagem, em especial a hospitalar, que faz da sua promoção um ato de cuidado indispensável ao atendimento das necessidades básicas do ser humano (LIMA; COELHO, 2005).

Diante disso, é importante saber como os homens tomam banho de chuveiro com a traqueostomia o que podemos observar, tomava banho da axila para abaixo:

[...] Isso orientou, no dia seguinte me explicaram sobre o banho. Não sei nem aonde, se foi na enfermaria ou no ambulatório. Acho que foi no ambulatório, que eu não poderia deixar

entrar água aqui na traqueo. Comecei a tomar o banho daqui para baixo. O cabelo eu lavava separado, abaixava, porque lá em casa eu tenho banheira. Até hoje boto o banquinho, aí encho um balde com água, parava, ensaboava o cabelo todo, ensaboava o cabelo, lavava com o caneco três vezes [...] Joaquim. [...] O banho para mim tornou-se difícil, aquele colete que bota aqui na traqueostomia, que me deram, eu não conseguir. Tive medo de colocar, eu não soube colocar, lavava as axilas. Porque o colete tem um informativo próprio do colete informando como colocar, mas eu não me sentir seguro eu mesmo colocando, porque a própria enfermeira Paula falou se eu colocar errado pode entrar água aqui dentro vai direto para o pulmão eu vou ficar com problemas. Eu fiquei com medo, a enfermeira Paula explicou como colocar. Eu não vou conseguir colocar sozinho, eu não coloquei. Fiquei com medo. Está novinho. Lavo a cabeça para baixo. Eu estou com dúvida com medo, eu vou fazer do meu jeito [...] José.

Mesmo recebendo o cuidado de informação de como poderia tomar banho de chuveiro com a traqueostomia houve dúvidas, ansiedade e medo em fazê-lo. Podemos confirmar na fala do Sr. José *“O banho para mim tornou-se difícil, aquele colete que bota aqui na traqueostomia, que me deram, eu não conseguir, tive medo de colocar eu não soube colocar lavava as axilas.”*

Vale ressaltar que se torna indispensável que os cuidados precisam ser explicados e realizados como demonstração tipo simulação, para que o paciente entenda e consiga realmente realizá-lo. Pois, descobrindo as dificuldades no que se refere o banho de aspersão com a traqueostomia, os impasses, angustias e temores, poderão ser solucionadas se forem preparados para tais enfiamentos.

Nesse sentido, a necessidade de aptidão para desenvolver o cuidado solidário e relacional, conforme preconiza Watson (2005), sobre a relação transpessoal do cuidado, influenciada pela consciência e intencionalidade de cuidado para promover a reconstituição do homem, identificando as necessidades de aprendizagem á nova condição de vida do paciente com traqueostomia, tal como a de higienização do corpo.

Alguns cuidados com a traqueostomia são fundamentais: não deixar entrar água durante o banho, pois está água vai para os pulmões, podendo provocar tosse irritativa e pneumonia. Para isso,

deve-se lavar a cabeça deitando-a para frente e depois lavando o corpo do traqueostoma para baixo. Pelo mesmo motivo, não será mais possível mergulhar no mar, na piscina. Na praia, além do protetor solar, deve-se usar uma camiseta para evitar que os raios solares irrite a área do traqueostoma.

O entendimento dos cuidados de higiene são necessários e consideraram a higiene importante para a saúde, reconhecendo que interfere na qualidade de vida. Pode observar que o significado e a importância da higiene do banho para o homem está associado com a ideia de saúde e bem estar.

A presença da cânula de traqueostomia é um obstáculo para a higienização do corpo e do couro cabeludo. Para evitar o risco de penetração da água na traqueostomia, poderá ser protegida por um colete protetor na região cervical, garantindo o paciente respirar sem dificuldade.

[...] No banho virava o cabelo para baixo para lavar. Mesmo com o protetor vazava eu assustava, aí aumentava diminuía só caiu água aqui duas vezes, me engasgo, eu tossir pra caramba'  
[...] Roberto.

[...] Eu limpo tudo, na hora do banho eu limpo tudo, tomo banho em baixo do chuveiro. Deram-me o protetor depois, na rua do Rezende [...]Pedro.

[...] Eu tomei banho e botei o colete. Eu tomei banho não usei, tomei primeiro do lado de frente e depois de trás. Até hoje uso o colete em casa para tomar banho [...] Santos.

[...] Me deram um negócio tipo bico de pato para proteger o pescoço na hora do banho. Eu tomava banho normal depois levei o bico de pato para casa para fazer a higiene do cabelo [...] Rubem.

[...] No princípio jogava a cabeça para trás e lavava o cabelo com ajuda da esposa.

Depois fui acostumando e agora só lavo com protetor de banho  
[...] Jonas.

Inicialmente, eles tomavam banho e faziam a proteção da traqueostomia jogando a cabeça para baixo com a finalidade de proteger contra a água. Depois que começaram a usar o colete protetor de banho. O Sr. Roberto relata que mesmo usando o coletor de proteção vazou água para dentro da traqueostomia lhe causando um susto, tentava controlar o registro da água para evitar transtornos.

Nesse sentido, a proximidade da traqueostomia com a cabeça e o pescoço poderá levar o paciente a ter pânico em lavar a cabeça, a face e o pescoço, cuidados necessários tanto para a promoção do bem-estar como para a remoção das sujidades depositadas. Sendo a cabeça e o pescoço regiões do corpo frequentemente visíveis, a manutenção da aparência de limpeza nessas regiões é uma possibilidade de aceitação social (GUEDES, 2004).

Um outro depoimento que chamou atenção foram às falas do Sr. Pedro '*tomo banho em baixo do chuveiro*' e do Sr. Rubem '*tomo banho normal*' por definição normal seria tomar o banho embaixo do chuveiro, assim, o ato de abrir um chuveiro e deixar a água cair sobre o cabelo, couro cabeludo, face e o pescoço, pois a anatomia da cabeça e pescoço impede que a água caia sobre a cânula de traqueostomia, mas essa forma de tomar banho de chuveiro, deve ser realizada pela pessoa que apresenta segurança em fazê-lo.

Torna-se um cuidado com o corpo, que proporciona conforto e bem-estar ao homem com traqueostomia. Frente ao exposto, ressaltamos que o cuidado de informar deverá ser considerado a questão de entendimento do conteúdo abordado ao homem, respeitando os seus hábitos de vida cotidiana, seus direitos, dissipando os temores e as dúvidas.

Tapava com a mão e abaixava a cabeça teve relato de um homem.

[...] O banho, tapava com mão e abaixava a cabeça para tomar banho e lavar a cabeça [...] Antonio.

Todavia para Lima, (2005), a melhor proteção para evitar o risco da penetração de água é o paciente fazer a proteção da traqueostomia com a mão, que vai sentir de imediato a aproximação da água. Dessa forma, existem várias estratégias de proteção para o banho de chuveiro com a traqueostomia, cada pessoa deve adaptar-se de acordo com as habilidades psicomotoras e segurança para realizar a higiene do corpo.

A limpeza da boca evidenciou duas questões: o fornecimento da solução bucal de biotène e limpar a boca antes da traqueostomia.

Fornecimento da solução bucal de biotène, por definição é uma solução bucal enxaguante antisséptico que contém um complexo sistema de enzimas bioativas, glicose oxidase, lactoperoxidase e lisozima, mais lactoferrina, que ajudam a proteger os dentes e gengi-

vas. A composição do sistema enzimático biotène ajuda a combater a placa bacteriana, responsável pela inflamação da gengiva, através de uma ação antibacteriana natural. Sem álcool, sem corante, este produto foi especialmente desenvolvido para quem sofrem com as consequências da boca seca.

Com a finalidade de cuidar da saúde bucal, ajudar a fortalecer o sistema de defesa natural da saliva, proporcionando ao paciente conforto e alívio dos efeitos mais graves da boca seca, auxilia na redução das bactérias associadas à placa e mau hálito.

A higienização da cavidade oral torna-se um cuidado primordial para a independência e elevação da autoestima, como podemos evidenciar.

[...] Eu tinha que usar o biotène, para evitar cárie a minha boca não. Estava abrindo estava “serrada limpei do jeito que dava para limpar a boca” [...] Joaquim.

[...] Eles me deram o produto o bioténe e me mandaram fazer a higiene da boca três vezes. Eu fazia quatro a cinco vezes ao dia [...] Santos.

[...] Deram uma solução biotène para limpar a boca [...] Rubem.

[...] A limpeza da boca é feita por bochecho com a solução de bioténe [...] Mário.

Na fala do Sr. Joaquim, ele sabe que a solução bucal é para prevenir caries dentárias, mesmo apresentando dificuldade em abrir a boca tentava abri-la para realizar a higiene da cavidade oral, isso nos remete pensar que a informação oferecida ao Joaquim sobre o uso de solução bucal com sistema enzimático ficou clara. Assim, como o depoimento do Sr. Santos, que recebeu a solução enxaguante antiséptica bucal e foi informado a realizar a higiene da boca três vezes, mas fazia cinco. Realizar o cuidado de higiene de forma adequada elevar a sensação de bem-estar e segurança do homem.

Preconiza-se que a higiene oral deve ser realizada com frequência, com soluções antissépticas para evitar a proliferação de fungos e bactérias (OTTO, 2002). Nesse sentido, a escolha de um produto enzimático como método auxiliar na redução da placa bacteriana bucal, se dá pela ausência da substância abrasiva alcoólica que prejudica ainda mais a mucosa bucal já comprometida. A mucosa bucal pode está comprometida, pela presença de mucosite,

causada pelo tratamento radioterápico, pois alguns homens estavam fazendo esse tipo de tratamento.

Também importante, o produto enzimático contém a lactoferrina que através de sua ação e interações na saliva reduz a incidência de *Cândida albicans* e *Cândida krusei* na mucosa oral (SANTOS, *et al.* 2008).

Limpava a boca antes da traqueostomia, aparece como um cuidado primordial na vida cotidiana dos homens e nas necessidades de saúde. Nesse contexto o paciente está se prevenindo por meios de intervenções em atitude e práticas cotidianas que contribuem para uma boa saúde bucal.

As necessidades de saúde não se manifestam como um problema imediato, mas como algo evitável, na qual poder intervir com ações preventivas e de promoção à saúde (FIGUEIREDO, 2005).

[...] A boca eu já fazia limpeza da boca mesmo antes da traqueostomia [...] Roberto.

[...] Eu estava em tratamento dos dentes. Eu tenho rhoute então, eu estava tratando particular. Eu já fazia a higiene da boca antes da traqueo [...] Pedro.

[...] A higiene da boca, eu faço normalmente. Escovo os dentes de cima depois de baixo; escovo a língua normal [...] José.

[...] A higiene da boca, o enfermeiro Rafael e a fisioterapia falaram u sobre a higiene da boca. Eu escovava os dentes [...] Antonio.

No cuidado de enfermagem deve-se realizar uma boa higiene bucal, escovando os dentes, gentilmente as gengivas e removendo e escovando também as próteses dentárias. No depoimento do Sr. Pedro por usar prótese dentária, antes do procedimento de traqueostomia, já fazia acompanhamento médico com odontologista.

O bom hábito de realizar higiene bucal, antes da traqueostomia, confirma-se esse cuidado na fala do Sr. José '*escovo os dentes de cima depois de baixo; escovo a língua normal*'.

### **Material educativo impresso sobre os cuidados com a cânula de traqueostomia**

É representado por cinco homens, que atendeu a necessidade de informação contida no conteúdo do material. Os Srs.

Santos, José e Rubem gostaram do material, realizaram a leitura do material e ficaram bem informados não tiveram dúvidas, pois, o conteúdo oferece orientações sobre os cuidados que devem realizar com a traqueostomia.

O Sr. Rubem afirmou que adorou o material, era suficiente no processo de informação sobre a traqueostomia, apresenta conteúdo pertinentes o que pode ocorrer ou não. Podemos confirmar com os depoimentos dos homens:

[...] Levei para casa. Eu li e minha irmã também, é uma cartilha muito boa [...] Santos.

[...] Muito bom, ajudou muito, fui muito bem informado [...] José.

[...] Me deram também um livrinho que falava como limpar o caninho em casa adorei, o que poderia vim ocorrer ou não [...] Rubem.

[...] A enfermeira Roberta que me deu um livrinho dizendo como limpar o caninho em casa [...] Antonio.

[...] Material educativo, o guia de traqueostomia é bem fácil de compreensão [...] Mário.

No depoimento do Sr. Mário afirma, sobre a facilidade de entendimento que o material impresso apresenta, a legibilidade, que por definição refere-se ao grau de escolaridade exigido de um leitor para que possa entender uma determinada passagem escrita, que os classifica como material de leitura fácil.

Segundo a literatura consultada, recomenda-se que é importante transformar a linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis a todas as camadas da sociedade independentemente do grau de instrução das pessoas, pois, na maioria das vezes os profissionais de saúde envolvidos com a construção do material não observa que estão utilizando linguagem técnica (ECHER, 2005).

Nesse sentido, os materiais educativos são construídos para fortalecer a orientações ao paciente e a família, sendo, portanto, importante escrever numa linguagem que todos entendam. As pessoas com enfermidades crônicas precisam de informações sobre os cuidados em saúde para poderem participar ativamente e assumir a responsabilidade pelos seus cuidados cotidianos a nível domiciliar.

A educação em saúde pode ajudar os homens a se adaptarem com a traqueostomia, evitar complicações, realizar os cuidados im-



prescindíveis e solucionar problemas quando confrontados com novas situações da vida diária. Pois, o foco principal da educação em saúde deve ser o paciente e sua família.

Foi considerado material educativo impresso com, no mínimo cinco e no máximo quarenta e oito folhas (ABNT, 2003).

O estudo revelou que quatro dos treze entrevistados, não receberam o material educativo impresso de cuidados com a traqueostomia. A informação e o conhecimento fazem com que o homem assimile e facilite a convivência com a traqueostomia em todos os seus aspectos biológicos, psicológico, sociais e espirituais. Todo contato com a enfermeira faz com um consumidor em cuidados de saúde, quer a pessoa esteja doente ou não, deve ser considerado como oportunidade para informação de cuidado à saúde.

Nessa perspectiva, a falta de informação por não fornecer o material educativo ao homem sobre os cuidados com a traqueostomia, chamou atenção, pois evidenciou-se que o paciente recebeu pouca informação sobre os cuidados. Assim deve-se aproveitar a hospitalização para oferecer os cuidados e o material educativo impresso aos homens.

[...] Esse aí acho que não vi. Esse aqui, eu não tenho, não me deram. O que eu lembro esse aqui não. Agora que estou vendo esse aqui internamente, não recebi. Na parte de cirurgia lá em cima. Não tenho com certeza [...] Joaquim.

[...] Não, me deram nada [...] Roberto.

[...] Não recebi o livrinho sobre a limpeza com a traqueostomia [...] Jonas.

[...] Não recebi [...] Luis.

Para Echer (2005), o processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão é facilitado entre outros recursos, pela utilização de material impresso. Assim sendo, para esse processo, o material escrito tem várias funções de reforçar as informações e discussões orais, de servir como guia de orientações para casos de dúvidas posteriores e auxiliar nas tomadas de decisões.

Por outro lado, os profissionais de saúde que lidam com educação em saúde tem uma função de escolher, distribuir nas instituições de saúde, nos ambulatórios, na admissão do paciente, selecionar e

preparar a mensagem e determinar o melhor veículo de comunicação, de modo a possibilitar efetiva comunicação e assegurar um cuidado que atenda às necessidades do paciente, pois, se a comunicação falha, as necessidades do paciente podem permanecer desconhecidas.

Nessa perspectiva, devemos dispor, oferecer material educativo de orientação ao cuidado em saúde esses homens com traqueostomia e seus familiares, por ser de conteúdo instrutivo e facilita e uniformiza as orientações, com vistas ao cuidado em saúde no ambiente domiciliar. Por outro lado, é também uma forma de ajudar no sentido de entendimento do processo de saúde-doença cuidado e trilhar os caminhos da recuperação.

### **Informação sobre oxigenação, umidificação, tosse e aspiração**

Em relação à tosse, por definição tosse é uma ação que o corpo realiza para se livrar das substâncias estranhas, poeiras, que estão irritando as passagens de ar na faringe, laringe, traqueia e pulmões. A tosse resulta da irritação das mucosas em qualquer ponto do trato respiratório. O estímulo que produz uma tosse pode surgir a partir de um processo infeccioso e de um irritante transportado pelo ar, como o fumo, fumaça, poeira e gás. É a principal proteção do paciente contra acúmulo das secreções nos brônquios e bronquíolos (BRUNNER, 2005).

A tosse é um importante mecanismo de defesa do organismo, geralmente é iniciada para limpar uma formação do muco na traqueia, o ar pode se mover nesta passagem durante a contração (DE-SALU *et al.* 2010).

Observam-se aqueles que apresentam muita tosse, que isso se deve ao mecanismo de defesa do sistema respiratório, pois, a respiração profunda reduz o depósito de secreções e a tosse ajuda a expelir as secreções. Nesse sentido, deve-se informar ao paciente que a tosse excessiva quando realizado o procedimento de traqueostomia este sintoma é esperado.

[...] Não. Falaram só que eu iria ter muita secreção no princípio. Que iria tossir muito não falaram, e realmente eu tossir muito  
[...] Joaquim.

[...] Ainda tenho tosse, de vez em quando ainda tusso bastante; principalmente na parte da manhã. Espirro. No início eu tossia muito [...] Roberto.

[...] Eu não sentia falta de ar, me dava aquele acesso de tosse, o médico falou comigo você fumou por isso que está assim [...] Pedro.

[...] Tem um mês que eu fiz isso aqui, foi dia 21/06/2011. Aquela tosse com baba ai limpava tudo [...] Santos.

[...] A tosse, eu tive muito, inclusive eu tossir uns quinze dias. Eu tossia, tossia, tossia, aí saía secreção, saliva grossa é normal e assim mesmo quando você começar a tossir respirar devagar, que ela (tosse) vai diminuindo, deu certo [...] José.

[...] Quando fiquei resfriado, tossia bastante, a cânula coçava, aí eu tossia, me disseram que a tosse só iria melhorar quando fizesse a operação [...] Antonio.

Preconiza-se que um dos fatores importantes para a diminuição da tosse, é a umidificação adequada do ambiente. A tosse está relacionada também com o fumo, os homens entrevistados eram ex-tabagista de longa data.

Assim, confirma com Desalu (2010), que pesquisou os fatores associados à tosse seca, tosse produtiva e tosse noturna em adultos jovens na Nigéria evidenciou, que a tosse em excesso apresenta associação com o tabagismo, pois a inalação da fumaça do tabaco, ao tabagismo passivo e ativo, leva a irritação dos pulmões, causando inflamação amplificada por radicais livres e causam danos as estruturas microscópicas dos pulmões.

Observa-se nas falas dos homens Joaquim, Pedro, José e Antonio, que apesar da queixa de apresentarem muita tosse eles estavam informados dessa ocorrência após o procedimento de traqueostomia.

Nota-se no depoimento que o médico informou que a tosse excessiva estava relacionada com o tabagismo.

[...] Aquele acesso de tosse, o médico falou comigo você fumou por isso que está assim [...]  
Pedro.

Faz necessário que o cuidado inerente ao homem com traqueostomia seja direcionado as informações de prevenção do tabagismo e cuidado à saúde. Nesse sentido, acredita-se que a tosse excessiva no paciente com traqueostomia recente esteja ligado também

à ansiedade e ao novo, período que pode compreender a adaptação com a traqueostomia.

Assim, as estratégias de resolução e de cuidado oferecido ao homem devem estar voltadas para a atividade comportamental realizada para tolerar o estresse do novo. O modo estratégico de resolução esta ligada ao cuidado de informar ao homem, porque a pessoa que enfrenta uma situação nova deve receber instrução para ajudar no seu controle necessário sobre adaptação.

Quanto à umidificação e oxigenação, a permeabilidade das vias aéreas obtidas pela limpeza das suas secreções pode ser assim percebida. A nebulização e a fisioterapia respiratória pode ser eficaz, para mobilizar e remover secreções traqueobrônquicas. Pois o distúrbio dos mecanismos normais para a umidificação da árvore traqueobrônquica requer umidade adicional do ar inspirado.

É importante o cuidado de informar nas primeiras nebulizações que o nebulizador será direcionado para a traqueostomia, pois, efeito nenhum será obtido colocando no rosto do paciente.

A umidificação apropriada ajuda a liquidificar as secreções e previne a incrustação e a formação de tampões na cânula, a umidade é um cuidado específico primordial a ser oferecido ao homem com traqueostomia, torna-se necessário para substituir a umidificação normalmente proporcionada pelas estruturas nasofaringeais.

O déficit de umidade pode levar ao ressecamento da mucosa traqueal e a interrupção do processo de transporte mucociliar, com a resultante incrustação mucosa e a possível traqueíte. (CARPENITO, 2011).

Observa-se nos depoimentos dos homens que não foi realizado o cuidado de umidificar a árvore traqueobrônquica e também a falta de informação quanto à necessidade desse cuidado no domicílio. As falas do Srs. Joaquim e Santos comprovam isso.

Não fez umidificação

[...] A nebulização não, não fiquei com a macronebulização, a maquininha mesmo. Então isso não aconteceu olha tem muita coisa, se você quer saber mesmo que eu aqui dentro não fui informado. Eu mesmo questionava. Mas às vezes eles não passam as coisas para a gente, aí a gente só vai descobrir através de uma pessoa ou outra, falta esse lado. Eu passei por isso várias vezes, várias vezes eu não fui informado. Eles não informam. Eu nunca fiz nebulização. Tipo falta de ar e para que a nebuli-

zação? O ressecamento das vias respiratórias em que local das vias respiratórias (garanta, boca, e nariz) [...] Joaquim.  
[...] Não fiz nebulização não, não fiz isso não, que nebulização é essa? Não sei fazer isso não, não fiz não nem falaram nem sabia, você é a primeira a falar isso [...] Santos.

O saber popular, porque apesar de não ter recebido informação quanto à necessidade de umidificação, ele sabia que a nebulização era para melhorar dispneia. Mas a necessidade de cuidado ficou prejudicada, pelo déficit de informação na importância da umidade traqueobrônquica.

[...] Ninguém me explicou, mas eu não precisava de nebulização. Eu não sentia falta de ar [...] Pedro.

Para Nanda (2011), conhecimento deficiente e a ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico. Nesse estudo, seria a informação sobre umidificação na traqueostomia.

Sobre isso chama atenção nos depoimentos dos homens. A falta de informação quanto à importância da umidade brônquica e nunca ter feito nebulização e recebida orientação. Refletindo sobre essa questão, o planejamento do cuidado deve ser um fator importante no trabalho da enfermeira para essa clientela. Pois, deve atender as necessidades de saúde de cuidado e informação e esses cuidados devem estar baseados no *status* funcional, cognitivo do paciente.

Entendemos que as necessidades de informações, quando não identificadas tornam-se um obstáculo para a efetividade na interação do cuidado. Fez umidificação, nebulização e parou, está relacionado ao cuidado oferecido.

[...] A nebulização, eu fiz em casa porque eu fiquei cansado, duas vezes só. Eles me deram o soro cheguei em casa. Conforme eu fui melhorando não fiz mais [...] Roberto.

[...] Em casa fazia a nebulização, depois parei [...] Antonio.

O homem com traqueostomia recebeu informação quanto à importância da umidificação traqueobrônquica. A umidificação das vias aéreas tem o objetivo de fluidificar as secreções pulmonares,

facilitar a aspiração e proporciona facilidade na eliminação das secreções, prevenindo a obstrução da cânula traqueal. A nebulização deve ser realizada de acordo com a necessidade do paciente.

Note-se nas falas, que os Srs. Roberto e Antonio, realizaram o cuidado de umidificar as vias aéreas superiores em casa, isso evidencia que tinham a informação da necessidade de umidificar a traqueostomia.

Alguns depoimentos mostraram com evidência a importância do homem ser informado quanto ao cuidado com a traqueotomia, para participar ativamente do processo doença-saúde-cuidado.

Recusou a umidificação, torna-se evidente que antes de oferecer o cuidado ao paciente, deve-se primeiramente interagir e informá-lo a necessidade do cuidado, para reduzir o medo do novo, e diminuir a ansiedade. Isso é confirmado no depoimento abaixo:

[...] Só que essa nebulização quando ela colocou aqui (na traqueostomia), parece que eu me sentir sufocado eu não acostumei não, com o oxigênio me sentir sufocado, eu mesmo tirei não foi preciso fazer nebulização em casa, porque a nebulização e para ajudar a respirar não é isso, é soltar a secreção [...] José.

Quanto à aspiração da secreção traqueal foi evidenciada por muita secreção, que caracteriza-se pelo cuidado de aspirá-las e expectorá-las. Por definição secreção, é a produção traqueobrônquica pela reação dos pulmões a qualquer irritante que reincida de forma constante, por exemplo, o tabagismo.

Torna-se comum que no período logo após o procedimento de traqueostomia, haja uma quantidade maior de secreção traqueal, o que vai diminuindo com o passar do tempo, observa na fala do Sr. Roberto.

A aspiração traqueal de secreções e uma técnica realizada em paciente hospitalizado e com traqueostomia. Trata-se de um cuidado essencial que visa à remoção de secreções e manutenção da permeabilidade da via aérea. (CAMPOS *et al.* 2008).

Com relação ao odor da secreção traqueal, observa-se que a secreção com odor fétido esta relacionada à infecção respiratória, a informação relacionada a essa questão deve ser informada ao paciente, pois, as características das secreções favorecem o acompanhamento e identificação de infecções e umidificação inadequada. Isso é confirmado pela falas a seguir:

[...] Uma secreção saindo com odor muito forte. Saia secreção saliva grossa [...] José.

[...] Na época fiz a traqueo no hospital da lagoa, quando fiquei na enfermária com traqueostomia tinha muito catarro e mosca

[...] Luis.

[...] Tive muita secreção, saia àquela salmoura de sangue

[...] Santos.

O cuidado quanto o aspecto das secreções traqueobrônquicas torna-se fundamental observar e registrar as características para informar quando for as consultas ambulatoriais e relatar a enfermeiras como: quantidade, viscosidade, odor, e coloração. O aspecto, odor e a coloração podem indicar um processo infeccioso instalado.

A manutenção de vias aéreas pérvia tem sido o maior desafio e o principal objetivo no cuidado de enfermagem para esse homem com traqueostomia. O acúmulo de secreções na luz da câmara traqueal vai causar obstrução, impedindo a passagem de ar. A frequência das aspirações será de acordo com as necessidades de remoção das secreções.

Podemos confirmar com o estudo de Martins *et al.* (2008), que pesquisou as necessidades de aspiração de secreção endotraqueal e os critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de UTI, evidenciou que a maioria dos profissionais 73% não seguia um horário predeterminado para aspiração, e dessa forma evitava que o paciente fosse desnecessariamente submetido ao estresse do procedimento.

Um outro fator importante no cuidado para manter a via aérea pérvia é informar quanto a necessidade e importância da aspiração, pois a influência das informações fornecidas no resultado dos cuidados, ajuda o processo de aceitação da nova condição de vida e facilita a interação paciente enfermeiro.

A necessidade de aprendizagem na educação para a saúde deve nortear o cuidado de enfermagem, por ser essencial ao paciente em termos de aprender, conhecer, esclarecer dúvidas e estimular a participação ativa no cuidado.

[...] Aspirar e para colocar para fora é, foi feito, justamente. Eu não sabia se era direto. Foi feito aspiração fez uma vez. Se aquilo era direto não tive informação [...] Joaquim.

[...] A secreção, olha... até uns quatro meses tanto sai por aqui traqueo , quanto pela boca. Hoje e muito difícil, eu tusso mais não sai nada [...] Roberto.

[...] Eu ia lá no UPA, quando estava com muita secreção [...] Pedro.

[...] Deve ser aspirado, quando houver muita secreção [...] Mário. Nessa perspectiva, o homem precisa ser informado que a colocação da cânula de traqueostomia estimula o aumento das secreções traqueobrônquicas.

[...] Incomoda, muita secreção [...] Juvenal.

Muita secreção traqueobrônquica '*incomoda*', confirma os pacientes encontram-se sem conforto por apresentar muita secreção nas vias aéreas superiores. Em vista disso, a necessidade de cuidado ao homem, não foi atendida, sabe-se que a aspiração traqueal deve ser realizada sempre que necessário para proporcionar a desobstrução das vias aéreas, para oferecer conforto e segurança ao paciente.

Assim, o cotidiano do homem passa por várias transformações em decorrência da traqueostomia, na qual as exigências e demandas de cuidados fazem parte da vida diária.



## CAPÍTULO 6

# OS CUIDADOS COTIDIANOS RECEBIDOS PELOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA

O presente capítulo trata dos diferentes tipos de cuidados recebidos pelos homens hospitalizados com traqueostomia, em um cenário de enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço, onde ficam internados para tratamentos clínicos e cirúrgicos. Destacamos os cuidados que atendeu às necessidades de saúde e cuidado do homem.

Esse capítulo visa organizar, analisar e evidenciar os cuidados cotidianos de uma unidade de internação oncológica.

Sabe-se que o registro é um instrumento básico fundamental que permeia as atividades no âmbito da saúde e está relacionado e reflete diretamente na qualidade do cuidado de enfermagem oferecido ao paciente. O prontuário do paciente é um importante veículo de registro, muito usado nas instituições de saúde, que pode ser definido como o conjunto de documentos onde são registrados os resultados dos cuidados prestados ao paciente (CAMPOS, 2008).

A relevância dos registros contidos no prontuário está além de possibilitar e facilitar as decisões e condutas relacionadas ao cuidado de enfermagem. O cuidado das informações na passagem de plantão deve ser colocado como eixo principal, mas se sabe que o registro favorece o acompanhamento no resultado do cuidado oferecido ao paciente. Torna-se fundamental registrar as necessidades de saúde afetadas do homem com traqueostomia.

Fernandes, Assis e Barreto (2001) afirmam que os registros são fundamentais para a assistência ao paciente e que estes são pouco valorizados, e, portanto, uma das suas principais finalidades deixa de ser alcançada: a excelência na qualidade do cuidado ao homem com traqueostomia. Dessa forma, o desenvolvimento de um sistema de registro na passagem de plantão eficiente é possível no âmbito dos padrões de prática existentes.

A eliminação de registros repetitivos e narrativos nos registros pode reduzir o tempo despendido nos registros, produzindo uma informação exata e útil na prática cotidiana do cuidado de enfermagem, pois um registro efetivo atende à necessidade do paciente, e por isso utilizá-las e modificá-las com base na necessidade do homem hospitalizado com traqueostomia proporciona o planejamento e a execução dos cuidados.

O termo passagem de plantão tem sido utilizado para referir-se ao momento em que a equipe de enfermagem transmite informações na troca de turno de trabalho. Para que a passagem de plantão seja eficiente é preciso que ocorra em tempo previamente estabelecido, com a presença da equipe receptora e transmissora, em um local adequado, sem interrupções desnecessárias, sendo as informações transmitidas de forma clara, objetiva, e completa, com atenção e postura, bem como entrosamento e respeito interpessoal (KRUTINSKY *et al.*, 2007).

Nessa perspectiva, a passagem de plantão torna-se uma atividade que proporciona a identificação de pontos relevantes singulares a cada paciente e a definição de suas necessidades para o planejamento dos cuidados de enfermagem que possibilitem a eficácia do cuidado recebido pelo homem com traqueostomia.

Na instituição do estudo, os enfermeiros passam o plantão dentro da enfermaria composta de quatro leitos, e a passagem de plantão é baseada no relatório do paciente contendo as seguintes informações: nome próprio, idade, registro, leito, diagnóstico e prognóstico clínico, cuidado de enfermagem recebido, necessidades de saúde e cuidados, tipo de cirurgia realizada, quantos dias de pós-operatório, dispositivos como traqueostomia sonda de alimentação, sonda vesical e acesso venoso profundo.

Na passagem de plantão devem-se transmitir todas as informações a respeito do paciente da melhor maneira possível, de forma objetiva, concisa, garantindo o entendimento e o bom fluxo das informações com a finalidade de dar continuidade ao cuidado oferecido.

O cuidado de registrar apresenta destaque, pois houve cuidado no registro dos resultados e das reações do paciente, na verificação dos sinais vitais, no resultado do teste de glicemia, na aceitação da alimentação e na informação quanto ao jejum para procedimento cirúrgico, de exames radiológicos e de sangue.

Os registros e anotações que organizam o trabalho são importantes para manter a qualidade do cuidado e permitir atualização das informações sobre o paciente e sobre os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens hospitalizados com traqueostomia.

Atenta-se para o cuidado de higienizar o corpo e a lavagem do cabelo e couro cabeludo dos homens hospitalizados com traqueostomia.

Lima e Coelho (2005) concluíram em seu estudo que a higiene da cabeça e do pescoço, por serem as partes corporais mais envolvidas com a área cirúrgica e onde também se encontra a cânula de traqueostomia e está socialmente visível. Impõe a necessidade de cuidar cuidados de enfermagem com tecnologia apropriada; desenvolvendo habilidade psicomotora com adaptações para o autocuidado do homem com traqueostomia.

Enfatiza que os cuidados devem ser sintonizados em uma relação transpessoal enfermeira-paciente, desenvolvendo a habilidade psicomotora com adaptações para o autocuidado. Nessa perspectiva, estimular e ajudar nas necessidades de higiene do cabelo e couro cabeludo do paciente com traqueostomia são ações de enfermagem que ajudam para o conforto, segurança, bem-estar e boa aparência ao paciente. A higiene da cabeça estimula a circulação do couro cabeludo e remover partículas aderentes ao couro cabeludo, que deve ser realizada ao menos uma vez por semana.

O conceito de limpeza varia, mas os pacientes não precisam baixar o padrão pessoal de higiene porque estão doentes e hospitalizados (NIGHTINGALE, 2010).

Por outro lado, o cuidado do banho e arrumação pessoal pela condição do paciente pode impor mudanças no cotidiano de arrumar-se, por exemplo. Para o homem com traqueostomia pode ser complicado o banho direto no chuveiro, porque pode entrar água na traqueostomia via ostoma, e, nesse caso, um material especial, como protetor de silicone para banho com traqueostomia, deve ser providenciado para suprir as necessidades de higiene e promover segurança ao paciente.

Também, devem-se instituir estratégias de cuidado para assegurar a iniciativa e autonomia do paciente com a higiene do corpo e couro cabeludo, como elogiar pela boa aparência, e ser modelo de referência com a sua arrumação e limpeza pessoal para outros que estão na mesma condição clínica.

Pode-se considerar fundamental que os cabelos devem ser escovados, pelo menos uma vez ao dia pela manhã quando o paciente acordar, e mantidos penteados conforme o costume do paciente. Não se podem estabelecer regras acerca da frequência da higiene do cabelo e couro cabeludo, apenas se devem evitar odores e baixa-autoestima.

Todavia, evidencia-se que a determinação das necessidades do paciente requer, entre outras habilidades, sensibilidade e conhecimento científico, pois a modificação de estratégias para oferecer os cuidados de enfermagem, mesmo os mais simples, devem estar condizentes com as necessidades individuais e específicas do homem com traqueostomia.

O cuidado de verificar e monitorar os sinais vitais e o preparo cirúrgico pré, trans e pós, apresentam questões para reflexão, pois o cuidado para a cirurgia está presente no cotidiano do cuidado de enfermagem recebido pelos homens com traqueostomia. Os homens em alguns casos estavam internados para procedimento cirúrgico, e outras cirurgias na modalidade de tratamento oncológico pelo câncer de cabeça e pescoço.

Assim o cuidado pertinente ao procedimento cirúrgico compreende o cuidado no pré intra e pós-operatório. Os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e do paciente, atendendo suas necessidades básicas e atendendo às reações psíquicas e físicas manifestadas durante este período, o que promove a recuperação pós-operatória rápida, previne complicações e diminui o período de hospitalização.

O cuidado na fase pré-operatória recebida pelo homem hospitalizado começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia. Os cuidados de enfermagem durante esse período incluem a avaliação do paciente antes da cirurgia e a consulta de enfermagem pré-operatória, a qual inclui o exame físico, avaliação emocional, história anestésica prévia, identificação de alergias e problemas genéticos conhecidos que possam afetar o resultado do cuidado cirúrgico.

A fase intraoperatória é o período de tempo desde que o paciente é transferido para a mesa de cirurgia até ser admitido na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) (BRUNNER, 2005).

Nessa fase, os cuidados de enfermagem incluem fornecer segurança ao paciente, como chamar pelo nome próprio, manter um ambiente asséptico, aquecido, livre de ruídos e barulho, ficar em pé próximo do paciente e tocá-lo durante a indução anestésica geral.

O cuidado no período pós-operatório inicia-se com a admissão do paciente na URPA e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico cirúrgico ou em casa. O cuidado de enfermagem na fase de pós-operatória imediata tem como foco a manutenção da via aérea, monitoramento do nível de consciência e controle da dor do paciente.

Portanto, os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico compreendem as ações de enfermagem que o ajudam a promover a saúde antes e depois da cirurgia, com uma combinação de apoio emocional e de informações a respeito da cirurgia do período anestésico e de recuperação da saúde.

O cuidado de verificar e monitorar os sinais vitais dos homens com traqueostomia torna-se primordial no cotidiano da prática de cuidado aos pacientes hospitalizados. Sinais vitais compreendem temperatura axilar, bucal e retal, frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial.

Na instituição do estudo, o cuidado de monitorar os sinais vitais é realizado a cada 6 horas em pacientes considerados com estado de saúde estável e de 4 em 4 horas em pacientes em pós-operatório, com hipertensão arterial e outras condições de problemas de saúde. Esse cuidado é anotado na folha de balanço hídrico do paciente.

Observa-se que os cuidados de assistir e de ouvir apresentam diferença, para o homem com traqueostomia, pois o cuidado da escuta ativa não está sendo colocado como requisito principal no cotidiano dos cuidados de enfermagem. Assim, torna-se um desafio para o homem com o dispositivo de traqueostomia receber o cuidado de escuta ativa.

Para Stefanelli (2005), o cuidado de ouvir é um processo ativo que requer atenção e energia para a sua utilização. Para que haja concentração na comunicação do homem com traqueostomia, a pessoa envolvida deve estar livre de ansiedade e preocupações pessoais, e ainda prestar atenção nos lábios do paciente devido à comunicação realizada por mímica labial. Quando o paciente encontra-se impossibilitado de ocluir o orifício da cânula de traqueostomia,

deve-se ouvir o paciente e ter o cuidado de não julgá-lo e refletir sobre o que ele fala.

Outro aspecto importante que se deve argumentar é o cuidado humanizado isento de conhecimento teórico acerca do que seja cuidado humano e solidário, com dedicação, respeito, disponibilidade, interesse, compromisso com o outro e colocar-se no lugar do outro.

Pinho e Santos (2007) estudaram o relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral e evidenciaram que a atenção às necessidades do indivíduo, estabelecendo relações solidárias, pode ser dada por qualquer pessoa, seja profissional da saúde ou não. Nesse panorama, devem ser valorizadas estratégias de criatividade no cuidado ao paciente como um instrumento básico do cotidiano de cuidado.

Para Silva (2003), a comunicação não verbal proxêmica é o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como os indivíduos usam e interpretam o espaço dentro do processo de comunicação. Os homens utilizam seus sentidos para determinar seus espaços e as distâncias entre o eu e o outro; portanto, existe uma relação entre o uso dos sentidos e as interações interpessoais.

O cuidado acontece através da comunicação interpessoal, acontece face a face. Ao discutir a comunicação interpessoal, Silva (2003a) defende que esta ocorre no contexto da interação e exige a comunicação proxêmica. A autora acrescenta que, entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro e de se fazer compreendido.

Cavalcanti (2007), em sua tese de doutorado, estudou maneiras de cuidar em cirurgia cardíaca e as reações aos cuidados de enfermagem. E evidenciou que o cuidado de enfermagem tem como núcleo a comunicação interpessoal, mas precisamente através da proxêmica. Foi por meio da aproximação e da distância que os cuidados de enfermagem em cirurgia cardíaca se pronunciaram ou silenciaram. A proxêmica foi classificada como as distâncias íntimas, pessoais, sociais e públicas. O tocar teve relevância para os cuidados, e comprovou-se que, em cirurgia cardíaca, o toque instrumental é prioritário e habilidoso.

Então, a ocorrência de comunicação proxêmica é diretamente proporcional à necessidade de cuidados de enfermagem. Assim, o

homem com traqueostomia exigirá com maior assiduidade a aproximação dos profissionais da equipe de enfermagem para trocar frascos de hidratação e aspirar secreções traqueais. Portanto, terá maior oportunidade de receber cuidado interpessoal que envolve a comunicação não verbal proxêmica.

Entretanto, o cuidado de colocar-se no lugar do outro apresentou uma frequência baixa, pois esse cuidado pode ser difícil para os profissionais da saúde. O homem com traqueostomia apresenta necessidades do sistema respiratório e necessidade emocional, dentre outras necessidades que devemos suprir, tentando nos colocar em seu lugar.

O cuidado deve estar voltado para o ser humano, que precisa de atenção e conforto no enfrentamento no processo de saúde-doença-cuidado. E este processo, na vida diária do paciente, torna-se uma situação de equilíbrio e desequilíbrio para o homem com doença crônica, neste caso o câncer de laringe, mais a necessidade de usar um dispositivo especial, a cânula de traqueostomia, para ajudar na respiração.

Por definição o cuidado amoroso, é prático, mas que não perdeu a delicadeza e o poder de transformar vidas. É o amor simbolizado que valoriza o outro, que se compromete que busca estratégias resolutivas para ajudar a pessoa no processo de doença-saúde-cuidado (CRIVARO *et al.* 2007).

Refletir esse cuidado é oferecer amor, ajudar a compreender o paciente, pois a aceitação do outro como legítima condição necessária para o desenvolvimento físico, comportamental, psíquico, social e espiritual é condição normal de todo ser humano. Não existe receita pronta para ensinar amar, mas, ainda assim, vale a aventura de querer aprender.

Atenção para o cuidado das pessoas que o paciente gostaria que tivessem informações suas a família do paciente hospitalizado tem o direito de obter informações e acompanhar a evolução do estado de saúde do paciente.

As pessoas que o paciente gostaria que tivessem notícias suas geralmente são amigos e familiares que exercem influências, no sentido de contribuir para a melhora do paciente e adaptação ao ambiente hospitalar. Para a família acompanhar o paciente, torna-se fundamental que receba cuidados e atenção dos profissionais de saúde.

de no que se refere ao apoio emocional, conforto, bem-estar e informações. Essas informações devem ser corretas, usar termos simples, pois explicações simples transmitem segurança aos familiares.

O homem hospitalizado recebe o cuidado de permanecer com a família todo o período de internação, independente da faixa etária, pois a permanência da família ajuda na recuperação de saúde do paciente.

O cuidado que oferecemos à família caracteriza-se pela adaptação das horas de visita ao horário disponível esta medida ajuda a promover a visitação regular podendo auxiliar na manutenção da integridade familiar. Outro cuidado fundamental é estimular a família expressar necessidades físicas e psicológicas, pois muitas vezes ignorar as suas necessidades, por exemplo o sono, e mudar o seu cotidiano ao cuidado à saúde, prejudicando-se como pessoa de apoio ao homem com traqueostomia.

A prática de cuidado dos profissionais que trabalham com câncer de cabeça e pescoço, em especial paciente com câncer na laringe, precisa ser revista em vários aspectos, pois o cuidado oferecido ao homem hospitalizado deve incluir no seu contexto a família.

Desse modo, Fráguas *et al.*, (2008), em estudo com a família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética, demandas e recursos, evidenciaram, que cada família tem recursos mesmo em face de demandas de saúde, alertando para a necessidade de engajar a família como paciente e foco do cuidado de enfermagem.

O cuidado de enfermagem envolve proporcionar conforto, manter segurança, abordar as necessidades físicas e emocionais e informar estratégias de adaptação para a família no processo saúde-doença-cuidado.

Na instituição do estudo, a família permanece com o homem hospitalizado, e recebe informações sobre as condições de recuperação de saúde do paciente, é inserida no plano de cuidados diários, recebe as três principais refeições do dia, participa de grupo educativo no preparo para alta hospitalar do paciente e participa ativamente do processo de recuperação do homem hospitalizado.

Os cuidados com o corpo transformado e a ostomia são informações significativas, considerando que o homem portador de ostomia apresenta alteração na imagem e autoimagem corporal. Diante disso, o conceito de imagem corporal é a figura mental do



corpo humano e o modo pelo qual o corpo a representa para o outro, sendo referência do homem a si mesmo e ao mundo (BITTENCOURT *et al.*, 2009).

A traqueostomia modifica a aparência e funções do corpo, por exemplo, respirar, falar, cantar e liberar secreções traqueobrônquicas, a aparência, a mobilidade, a intimidade com as pessoas importantes para o paciente e a capacidade de permanecer sexualmente ativo. O cuidado para essas demandas deve envolver a discussão com o paciente para reduzir ansiedade quanto ao desconhecido.

Maruyama *et al.* (2005) estudaram o processo de adoecer do portador de colostomia por câncer e evidenciaram, que o corpo como locus do câncer foi a referência para a interpretação das manifestações corporais. O corpo, então, constitui-se no espaço de origem da doença, que, tem uma forma, causas e sintomas; na tentativa de reorganizar a desordem do corpo, a pessoa parte em busca do conhecimento profissional.

Constatou-se em estudo com pacientes com alteração da imagem facial, o quanto é difícil e sofrido para os pacientes conviverem com a alteração da imagem dos seus rostos, e percebeu-se que estes necessitam de cuidados que vão além do cuidado profissional, cuidado técnico, apoiado no princípio científico, mas também um cuidado pautado nos valores humanos, os quais devem ser sempre discutidos, estudados, respeitados e objeto de compromisso e responsabilidade nos cuidados de enfermagem (MOSTARDEIRO, 2010).

A compreensão do paciente sobre os efeitos do ostoma pode ajudá-lo a aceitar e enfrentar as modificações, mantendo a participação nos relacionamentos, a autoestima e a vida íntima. Incluem-se, também, o cuidado com a pele, que deve ser protegido contra secreções traqueobrônquicas realizar a limpeza ao redor do ostoma sempre que necessário estimular o paciente ao autocuidado, que se veja no espelho, toque no ostoma e se envolva no cuidado de si sugerir que a esposa, ou outra pessoa significativa veja o estoma, isso ajuda o paciente a superar os medos sobre a reação da parceira e combinar uma visita com outros ostomizados, eles vão oferecer apoio e compartilhar sentimentos e experiências.

A alteração da imagem é percebida como algo que mutila, desfigura, transforma a imagem do corpo; portanto, interfere na identidade do indivíduo. A nova imagem gera desconforto ao homem com

traqueostomia, que tenta entender as atitudes dos outros em relação ao seu rosto.

Os homens hospitalizados portadores de traqueostomia têm seu corpo transformado pela presença da ostomia e da cânula traqueal. Nesse sentido, o cuidado com o corpo transformado e o cuidado com ostomias estão interligados, pois são cuidados de enfermagem inseparáveis.

O risco de agravamento do quadro clínico requer o cuidado de monitorizar as complicações potenciais imediatas depois da traqueostomia, que incluem a função respiratória inadequada por hipóxia, obstrução das vias aéreas superiores e sangramento.

Dessa forma, o cuidado deve se caracterizar no monitoramento do paciente para os sinais e sintomas de dispneia, hipóxia, a presença iminente de confusão mental, inquietação e saturação de oxigênio diminuída na oximetria de pulso.

A obstrução precisa ser resolvida de imediato através da aspiração, e deve-se fazer com que o paciente tussa e respire profundamente e mantenha a via aérea permeável e, por fim, observar o paciente com cautela explicando-lhe o cuidado oferecido e registrar em prontuário as condições de melhora de saúde do paciente.

O sangramento pela traqueostomia requer um cuidado de enfermagem imediato; caso o homem hospitalizado esteja com cânula metálica, deve-se realizar a troca para a cânula com balonete, a fim de evitar a bronco-aspiração de secreção sanguinolenta. Informar o paciente o que está acontecendo para tranquiliza-lo, monitorizar os sinais vitais e verificar a recuperação do paciente.

O cuidado de repouso no leito caracteriza-se colocar o paciente em repouso com a cabeceira elevada, na posição com o tronco elevado, ajudar na drenagem das secreções pulmonares, inspecionar a pele na prevenção de úlcera de pressão em áreas de proeminências ósseas e incentivar a deambulação para ajudar na eliminação de secreções traqueobrônquicas.

O cuidado invisível de infecção hospitalar consiste no cuidado de realizar procedimentos e práticas simples com consciência para ajudar na prevenção da disseminação de infecção. Os cuidados são especialmente importantes nas atividades cotidianas, como a lavagem das mãos antes e depois de qualquer procedimento realizado seja com o paciente ou não (NIGHTTINGALE, 2010).

A infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação e após a alta, quando puder ser relacionada com a internação e procedimentos hospitalares (TIPPLE *et al.*, 2003).

As mãos transmitem micro-organismos, o que significa que a lavagem com frequência é um meio fundamental de prevenir a infecção cruzada e hospitalar. Deve-se desenvolver o hábito de sempre lavar as mãos, usando água e sabão, pois essa é uma estratégia isolada primordial reconhecidamente eficaz que os profissionais de saúde devem tomar para evitar a propagação dos germes invisíveis.

Nesse sentido, concordamos com Pereira *et al.*, (2005), que estudaram a infecção hospitalar e suas implicações para o cuidado da enfermagem, e evidenciaram o importante papel dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de infecção, e a educação continuada como estratégia de implementação de medidas eficazes na busca da qualidade do cuidado, pois, o controle das infecções hospitalares é inerente ao processo de cuidar, estando o enfermeiro capacitado para oferecer um cuidado livre de riscos de infecções.

Devem-se focar os princípios de controle de infecção e a aplicação dos conceitos fundamentais no cuidado na prevenção de infecção hospitalar com uma prática cotidiana de cuidado ao homem hospitalizado.

No contexto da frequência dos cuidados de identificar os microorganismos, relacionada à infecção hospitalar no homem hospitalizado, deve-se planejar, programar e avaliar os cuidados visando o controle de infecção hospitalar e a infecção cruzada.

A prevenção de fatores predisponentes do paciente com risco de bronco-aspiração como providenciar material para o cuidado e preparar medicamentos são cuidados importantes no cotidiano de cuidar do homem com traqueostomia.

Os medicamentos como analgésicos, antibióticos, ansiolíticos, entre outros, chegavam preparados na enfermagem em uma seringa com o nome próprio do paciente, o número do leito, o nome do medicamento, a via e o horário. Esse cuidado oferecido ao homem hospitalizado incluiu o esclarecimento da terapia medicamentosa, como: quanto o efeito terapêutico do medicamento, alergias, entre outras ocorrências.

O cuidado de administrar medicamentos em uma organização hospitalar pode ser definido como um sistema complexo, com vários processos interligados, interdependentes e constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que compartilham de um objetivo comum, a prestação do cuidado à saúde dos pacientes com qualidade, eficácia e segurança (MIASSO et al., 2006). Compreender o cuidado na prática da medicação exige, no entanto, a identificação dos vários componentes necessários para oferecer o cuidado medicamentoso ao paciente.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) identificou cinco processos do sistema de medicação, quais sejam: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração de medicamentos e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nesse sentido, o cuidado de ter uma visão ampliada do sistema de medicação e de cada um dos processos e, principalmente, que dê garantia de segurança e qualidade ao processo de administração contribui para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura.

Miasso et al., (2006), estudaram o processo de preparo e administração de medicamentos, identificando problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Os resultados revelaram como principais problemas o ambiente no hospital B, falhas no preparo relacionadas a técnicas e ao preparo antecipado dos medicamentos nos hospitais C e D, falhas de técnica, comunicação e identificação do paciente no hospital A. Considera-se com isso, que o cuidado no preparo de medicamentos constituem uma ação de enfermagem complexa que requer uma série de atributos habilidades técnica, conhecimentos científico, criatividade e compromisso ético.

Em relação ao conhecimento científico, os cuidados de enfermagem caracterizaram-se como o primeiro saber da enfermagem, os primeiros instrumentos utilizados para manipular o objeto de trabalho. (FERREIRA et al., 2007).

Nesse estudo, outro fator importante no cuidado quanto ao preparo de medicamento é a questão do homem hospitalizado impossibilitado de receber medicamento pela via oral, tendo como opção receber a terapia medicamentosa prescrita através da sonda enteral.

Lima *et al.*, (2009) pesquisaram assistência farmacêutica na administração de medicamentos via sonda e a escolha da forma farmacêutica adequada. Revelaram que a implementação dos cuidados no processo de administração e no preparo de medicamentos sólidos orais através da sonda enteral baseia-se no conhecimento técnico científico, pois possibilita a segurança na administração de medicamento por essa via visando o êxito da terapia medicamentosa prescrita.

Dessa forma, a compilação dessas informações ajuda no cuidado e na escolha da forma farmacêutica adequada para administração via sonda enteral nos homens hospitalizados com traqueostomia.

O cuidado diurno e por um dia apresentam diferenças, pois o cuidado diurno se reporta ao plantão de doze horas e o cuidado por um dia significa hospital-dia. Essa frequência baixa se justifica pelo paciente que fica internado por um período de 24 horas, como exemplo, o paciente que realiza traqueostomia de urgência e a colocação de cateter nasogástrica via endoscopia. Após a colocação desses dispositivos, o paciente recebe alta médica e os cuidados de enfermagem relacionados ao cuidado no ambiente domiciliar com a traqueostomia e a sonda para alimentação.

Dessa forma, esse perfil de internação se caracteriza pelo cuidado recebido muito rápido, que também está relacionado ao cuidado dinâmico, ação do cuidado em um contato curto e rápido no tocante ao tempo de permanência com o paciente, mas intenso e direto em sua execução (COELHO, 2006).

O cuidado contingencial ocorrer em casos de emergência, e seria destinado à assistência ao homem hospitalizado com ou sem risco de vida, e cujos agravos à saúde necessitam de cuidado imediato.

Nesse sentido, o cuidado contingencial ocorre durante os momentos em que há uma situação súbita e o prognóstico de enfermagem torna-se reservado, já que o desequilíbrio biopsicossocioespiritual do paciente pode agravar-se. Investem-se todos os recursos para cuidar e salvar vidas (COELHO 2006).

Reportando ao estudo, podemos exemplificar uma situação de cuidado contingencial, ao paciente que apresenta um sangramento de média quantidade via cânula de traqueostomia metálica que imediatamente precisa ser trocada pela cânula de polietileno para prevenir a broncoaspiração de secreção sanguinolenta, assim como realizar a aspiração da secreção traqueal e orofaríngea, a instalação de hidratação

venosa, monitorização dos sinais vitais, vigilância do nível de consciência e manutenção de via aérea respiratória pérvia. Dessa forma, foram investidos todos os recursos no cuidado ao paciente.

Por outro lado, os cuidados mais frequentes são, por exemplo: verificar sinais vitais, instalar dieta enteral, puncionar acesso venoso, higienizar o corpo, aspirar secreção traqueobrônquica, informar sobre os cuidados, trocar gaze do ostoma, fazer higiene oral, controlar o gotejamento da hidratação venosa e da dieta enteral, prevenir quedas, lavar as mãos antes e depois dos cuidados, preparar medicação e providenciar material para o cuidado, entre outros. Esses cuidados significam a resposta de recuperação de saúde do homem hospitalizado com traqueostomia.

O cuidado por alimentação pela sonda enteral se destacou em relação à nutrição oral pelo fato de o homem com câncer de laringe apresentar disfagia pela compressão tumoral, apresentando a necessidade de usar sonda para alimentação.

A administração de uma dieta líquida elementar ao trato gastro intestinal através de uma sonda de alimentação está indicada quando a ingesta oral é impossível ou inadequada.

No cuidado da nutrição oral, deve-se primeiramente verificar o nível de consciência do paciente e as necessidades quanto à alimentação. É importante que o paciente seja estimulado a receber dieta via oral, sempre que possível; podem oferecer cardápios de acordo com o desejo do paciente e apresentar um prato bem arrumado e colorido. O ambiente também influencia na aceitação da dieta pelo paciente, é importante manter um ambiente limpo e livre de ruídos.

A alimentação é um fator importante na recuperação do paciente, que geralmente tem o apetite e os hábitos alimentares afetados pela doença. Nem sempre é fácil adaptar a alimentação que lhe é servida no hospital, devido ao tipo de dieta que é oferecida de acordo com as necessidades às vezes diferente da alimentação habitual. Nessa perspectiva, o cuidado primordial de enfermagem é ajudar o paciente a aceitar a alimentação, para que as necessidades nutricionais sejam supridas.

Outro fator importante no cuidado à alimentação é a questão de informar o paciente e a família sobre a alimentação a seguir após alta hospitalar, oferecendo um mapa com a relação dos alimentos permitidos.

O cuidado cotidiano no controle de vias aéreas deve ser imediato, pois é a base de vida do ser humano. Remover secreções encorajando o paciente a tossir e posicioná-lo para maximizar o potencial ventilatório caracteriza-se como um cuidado que favorece a manutenção do sistema respiratório do homem hospitalizado com traqueostomia.

Esse cuidado apresenta considerável importância na resolução do diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz de vias aéreas na permeabilidade das vias aéreas”. A necessidade de aspiração é determinada pela ausculta do tórax para constatar a presença de secreções ou tampões mucosos nas vias aéreas inferiores, pois a avaliação da necessidade de aspiração deve ser realizada pelos menos a cada duas horas, por meio da ausculta torácica (NEPOMUCENO, 2007).

O excesso de secreções traqueobrônquicas impede a oxigenação e ventilações adequadas, podendo comprometer a saturação de oxigênio do homem com traqueostomia. Assim, o procedimento de aspiração traqueal somente deve ser realizado caso se comprove o comprometimento e prejuízo da oxigenação, e da ventilação, devendo ser aplicado com menor frequência possível (MARTINS, 2008).

Nessa perspectiva, o cuidado no controle de vias aéreas do homem com traqueostomia torna-se primordial para promover conforto respiratório e segurança ao paciente. Os homens hospitalizados, após receberem os cuidados cotidianos apresentarem recuperação da saúde e saíram de alta hospitalar.

## CAPÍTULO 8

# NÃO SE ENTREGARAM LUTARAM PELA VIDA...

No Brasil, são esperados em 2013, em torno de 257.870 casos novos de câncer e para o sexo masculino, esperam-se 6.110 casos novos de câncer da laringe, com risco estimado de seis casos a cada 100 mil homens. O câncer da laringe ocupa a sexta posição na região Sudeste. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008), propõe estimular pelo menos 2,5 milhões de homens, entre 20 e 59 anos a procurarem o serviço de saúde ao menos uma vez ao ano, promovendo uma mudança na maneira como a população masculina se relaciona com a saúde e cuidado.

O cuidado cotidiano de saúde e de enfermagem ao homem hospitalizado com traqueostomia constitui-se aplicação dos conhecimentos científicos via vida diária combinado com criatividade e sensibilidade e é constantemente reinventando os cuidados recebidos e prestados numa contribuição para a política de saúde do homem.

A partir dessa criatividade, o objeto desse estudo forma os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe. Ao desenvolvermos o estudo, respondemos os seguintes objetivos: apresentar quem são os homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe; analisar as necessidades de cuidados cotidianos sob a ótica desses homens e descrever os cuidados cotidianos recebidos pelos homens com traqueostomia. Vale ressaltar que nesse estudo não tivemos intenção de estudar a questão de gênero.

Tendo como base conceitual a masculinidades de Connell (1995, 1997, 2000), o cuidado de Coelho (1999, 2006, 2007, 2009) e o cotidiano de Certeau (1994, 2008).

Os homens hospitalizados com traqueostomia eram homens casados, mecânico, seguido de motorista e pedreiro entre outras, com nível de escolaridade de ensino fundamental, e renda de dois salários mínimos (R\$ 1.244,00 reais, no ano de 2012 no Brasil),



católicos, procedentes do estado do Rio de Janeiro, de cor da pele branca, incluindo homens adultos e idosos com faixa etária entre 51-70 anos e estado nutricional eutróficos.

Dessa forma, constatou-se que a condição socioeconômica e a menor escolaridade dos homens dificultam a adoção de hábitos saudáveis que comprometem a saúde do homem e podem ser um agravante para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, o câncer de laringe.

Assim, torna-se fundamental incentivar a implementação de políticas públicas voltadas para a educação em saúde e cuidado da população masculina, pois a caracterização do homem hospitalizado com traqueostomia fornece subsídios para o gerenciamento das necessidades de cuidados ao homem, e usar estratégias de informação para o cuidado da saúde de maneira clara e concisa torna-se primordial. Outro aspecto importante é inserir a família, esposa ou amigos no processo de informação para o cuidado de saúde do homem.

Nos casos clínicos dos homens os cuidados cotidianos recebidos foram baseados nos problemas de saúde dos homens que evidenciando as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabete mellitus, o estado nutricional sobrepeso e a desnutrição protéica calórica entre outros. Os cuidados recebidos pelos homens obtiveram resultados efetivos com recuperação da saúde, pois receberam alta hospitalar.

Quanto às necessidades de cuidados recebidos pelos homens, os resultados nos permitiram constatar e descrever os cuidados recebidos para oferecer um cuidado integral ao homem hospitalizado com traqueostomia. Necessita-se (re) inventar os cuidados de necessidades básicas ao homem hospitalizado, como a lavagem do cabelo e couro cabeludo, colocar-se no lugar do outro, o cuidado com a família, o cuidado com a ostomia, o cuidado com as infecções cruzadas, o cuidado no preparo de medicamento, o cuidado contingencial e o cuidado com a alimentação via oral.

Assim, esses resultados nos levam à reflexão sobre os cuidados recebidos pelos homens, sobretudo, de inseri-lo no plano diário de cuidados como sujeito participativo a fim de atender às necessidades de saúde, visão de masculinidades que ele tem de si e cuidado de forma holística. O apoio dos familiares e amigos mostrou-se imprescindível no processo de hospitalização é no processo de cuidado, principalmente a esposa, a companheira a amiga.

Evidenciou-se que a determinação das necessidades desse homem requer, entre outras habilidades, como a sensibilidade e conhecimento científico, pois as modificações de estratégias para oferecer esses cuidados aos homens, mesmo o mais simples, devem estar condizentes com as necessidades individuais deles.

O cuidado cotidiano envolve proporcionar conforto, manter segurança, abordar as necessidades biopsicossocioespirituais e informar estratégias de adaptação para o homem no ciclo doença-saúde-cuidado.

Nas necessidades de cuidados sob a ótica dos homens, foram verificados que seu cotidiano acontece de maneira simples de acordo com a sua individualidade e necessidade de cada um; negam usando a palavra “normalidade” para lidar com o enfrentamento no cotidiano da hospitalização e da vida diária.

Evidenciou-se que na aparência e a autoimagem de ser homem com traqueostomia foram marcadas pela questão do ‘normal’, a presença da traqueostomia não interferiu ou causou problemas na vida cotidiana dos homens.

Chamou atenção a questão do cuidado com a vida íntima, pois as necessidades de informações sobre sexualidade e sensualidade não foram atendidas. Além disso, esse cuidado se caracterizou pela facilidade, pois o paciente ou estava se separando, ‘interrompeu a atividade sexual após descobrir o câncer de laringe e precisar da traqueostomia, não foi informado sobre o assunto, ‘não teve interesse em saber ou não teve parceira depois que fez a traqueostomia.

Nesse sentido, esses homens precisam de informações sobre saúde sexual e sensualidade, e outras questões que envolvem essa temática devem ser desmistificadas fazer parte dos cuidados recebidos e prestados, assim como seus mitos e preconceitos, otimizando o entendimento dos homens acerca do assunto.

Outro ponto importante foi o banho com a traqueostomia, que se caracterizou pelo medo, ansiedade, insegurança, dificuldade e dúvidas mesmo recebendo informações de como fazê-lo. Usar colar protetor para banho, tomar o banho da axila para baixo, tapar com a mão o estoma, e abaixar a cabeça, foram algumas das estratégias realizadas pelos homens com a traqueostomia para tomar banho e higienizar o cabelo e couro cabeludo na vida cotidiana.

O uso do colar protetor para o banho foram alguns dos fatores desencadeadores de dúvidas, medo e insegurança de situação des-

conhecida. Logo no recebimento dos cuidados precisam ser informados e realizados com demonstração tipo simulação, para que o paciente entenda e consiga realmente realizá-los quando estiver em sua vida privada, no domicílio.

Descobrimos as dificuldades, os impasses no que se refere ao banho de chuveiro com traqueostomia poderão ser resolvidos no momento do cuidado intra-hospitalar.

Outro destaque foi o retorno às atividades cotidianas, que se distinguiu pelas questões relacionadas em voltar a trabalhar o mais rápido possível, pagar as contas, ser provedor da família, 'ser o homem da casa', conviver com as mudanças ocorridas no sistema respiratório, com a traqueostomia e a presença do câncer de laringe. Esses processos demandaram estratégias de adaptação ao novo estilo de vida desse homem. Retornaram as atividades cotidianas, passando por um período inicial de ajustes e enfrentamento de uma realidade de vida até então desconhecida, caracterizado pelas condições de potência, vontade de viver e pela presença das masculinidades.

Chamou atenção as controvérsias em relação às soluções utilizadas pelos homens para limpar a cânula tais como sabonete, detergente e óleo. Nesse sentido, gerou reflexão a questão de como os homens apreenderam os cuidados e as informações sobre a limpeza da cânula, pois se evidenciou que cada um limpava com uma solução e formas diferentes.

A comunicação oral com a traqueostomia foi outra evidência que se caracterizou pelo esforço de superação e pela questão de o homem colocar o dedo indicador para falar, tapar com o dedo, escrever, fazer gestos e mímicas labial. São estratégias que foram utilizadas pelos homens para se comunicarem na vida diária. Os pacientes apresentaram facilidade nas estratégias de comunicação não verbal via médico e enfermeira, pois são fundamentais que se busquem recursos eficientes para suprir as necessidades de cuidados dos homens com traqueostomia.

Os achados desse estudo oferecem subsídios para cuidar em saúde e em enfermagem, levando em consideração a perspectiva do perfil e especificidade masculina, as necessidades de cuidado e saúde dos homens com traqueostomia.

Diante dessa conclusão, impõe-se admitir que os cuidados recebidos pelos homens hospitalizados com traqueostomia e as neces-

sidades de saúde e cuidado no enfrentamento do cotidiano dos homens precisam ser reformulados. Há necessidade de começá-lo nas unidades básicas de saúde, pois todos eram fumantes de longa data.

Apesar das limitações do estudo, por ter sido realizado em uma única instituição hospitalar, somente no município do Rio de Janeiro e pela falta de recursos financeiros para realizá-lo, os dados possibilitam reflexões a respeito da necessidade de cuidado específico que afetam a saúde do homem com traqueostomia, pois os resultados do estudo trazem implicações para a Enfermagem.

Com base nos achados desse estudo recomenda-se a continuação dos estudos, a fim de ampliar os conhecimentos técnicos e científicos, e que os elementos envolvidos no processo de cuidados ao homem com traqueostomia, tanto no hospital como nas unidades básicas de saúde, visem não somente as necessidades físicas, mas tenham a intencionalidade de atendê-lo como um todo, biopsico-socioespiritual. Pesquisar em outros hospitais, municípios e estados do Brasil a temática da saúde do homem e os cuidados cotidianos.

Que sejam criados grupos de estudos, cujo centro de interesse seja pesquisar as situações inerentes dos cuidados aos homens com câncer.

Como mulher e enfermeira foi um desafio desenvolver um estudo com clientela masculina, e assim me aproximar de uma forma diferente de olhar a vida, a saúde, a doença e o mundo. Os homens não são diferentes, eles são homens, humanos, simplesmente humanos. Nós Enfermagem precisamos olhar para esses pacientes com atenção, pois, eles são os nossos sobrinhos, cunhados, amigos etc. E dessa forma, avançar a Política Saúde do Homem implantada no ano 2008 e a construção de conhecimentos de Enfermagem brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **Informação e documentação – referências – elaboração**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002. 24 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6024: **Numeração progressiva das seções de um documento**. Rio de Janeiro. ABNT, 2003. 25 p
- ANDERSON, K.N.; ANDERSON, L.E. **Mosby: dicionário de enfermagem**. Tradução Sílvia M Spada. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001.
- AQUINO, E.M.L Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1,p.19-22.2005.
- AQUINO,V.V, ZAGO M.M.F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino Americana Enfermagem**. v.1, n° 15,p., 316-22,2007.
- AYOUB AC. *et al*. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.
- ALVARENGA, L.M. *et al*. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo.**Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** v. 74, n 1, p. 68-73, 2008.
- BRANDÃO, L.G, PINTO, F.R Câncer de laringe. In: ARAÚJO, F.V.J.F.; BRANDÃO L.G.; FERRAZ, A.F. **Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço**. São Paulo: Keila Rosenfeld, 1999.
- BITTENCOURT, AR *et al*. A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque par os pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 271-278, 2009
- BARROS, A.P.B.; PORTAS, J.G.; QUEIJA D.S. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo, v.38, n.3, p. 202-207, 2009
- BEHLAU, M. *et al*. **O laringectomizado informações básicas**. Rio de Janeiro: Revinter,1999, 47 p.
- BAGGIO,M A.; CALLEGARO,G.D.; ERDMANN,A.L Relações de não cuidado de enfermagem em uma emergência que cuidado é esse? **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 116-223, 2011.

BARICHELO, E. **Proposta de protocolos de cuidado com a traqueostomia do laringectomizado**. 2002. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2002.

BARBOSA MM, et al. Anterior vocal commissure invasion in laryngeal carcinoma diagnosis. **Am J. Laryngoscope**. v. 30, p. 115:724, 2005;

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico** 10ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

BANDEIRA-DE-MELLO, R. In: GODOI, C.K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A.B. (Org). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BENKO. MA. SILVA. MJP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Revista. Latino Americana Enfermagem**. v.4 n°1 p.71-85, 2006.

BRASIL, O.C., MANRIQUE D. O câncer de laringe é mais frequente do que se imagina. **Einstein** v.2, n 3, p. 222-4, 2004.

BRASIL. Conselho de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos** (resolução 196/96). Diário Oficial da União 16/10/1996, p.21082-21085.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006, 2007, 2009 e 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Departamento de Atenção Básica. 2ª. Edição. Revisada. Brasília, 2003.

- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer. Volume 2º. 2011
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Manual de Acreditação**.. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 2008
- CARVALHO E C, Melo AS, Muller M, Carvalho PB. O significado de cuidar para enfermeiros oncológicos. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO COMUNICAÇÃO ENFERMAGEM, maio. 2002 Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2002
- CARVALHO, M.B. **Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- CANGUILHERM G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Forense Universitária, 1990.
- CARPENITO, LJ. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**. 5ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 739
- CLARK, J. C.; McGee, R. F. **Enfermagem Oncológica: um currículo básico**. 2. ed. Porto Alegre, 1997.
- COELHO M.J. **O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar cuidados em enfermagem de emergência**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
- \_\_\_\_\_.Maneiras de cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 59 n.6 p.745-751, 2006.
- \_\_\_\_\_.Cuidados cotidianos. In: SENPE SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, junho. 2007. Santa Catarina. **Anais...** Universidade Federal de Santa Catarina, 2007
- \_\_\_\_\_.Cuidados cotidianos. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.63 n. 5 p. 712-718, 2010
- \_\_\_\_\_.COELHO MJ. Produtos dos cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.6 p. 919-922, 2009
- CAMPOS, J.F.; SOUZA, S.R.O.S.; SAURUSAITIS, AD. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Revista Eletrônica Enfermagem**. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8> > . Acesso em: 19 de outubro. 2011

- CONNELL, R. **Masculinities**, Berkeley:University of Califórnia Press, 1995. 295p.
- CONNELL, R. La organización Social de la masculinidad. **Isis Internacional – Ediciones de las mujeres**, n. 24, p.31-48,1997.
- CONNELL, R. **The men and the boy**. Bercley, Los Angeles, University of California Press, 2000.
- COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science and Medicine**, Oxford, v.50, p.185-401, 2000
- COUTO, MT *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Comunicação Saúde e Educação**, v.14, p.257-270, 2010
- CHAVES, P.C.; COSTA V.T.; LUNARDI V.L. 2006 A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 38-43, 2005.
- CRIVARO, E.T., ALMEIDA, I.S., SOUZA, I.E.O. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2007. v.15, p.248-254.
- COELHO, M.T.A.D. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 567-575, 2000.
- CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.2, p. 279 -284, 2010.
- CAVALCANTI, A.C.D. **Maneiras de cuidar em cirurgia cardíaca: as reações ao cuidado de enfermagem**. 2007. 168 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 2007.
- CORRÊA P.H.; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 317-323, 2007
- DAZIO, E. M. R.; SONOBE, H. M. ; ZAGO, M. M. F. OS sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Revista Latino Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 17,nº 5. 2009.
- DÂNGELO J. G.;FATTINI, C. A. **Anatomia e fisiologia humana básica sistêmica e segmentar**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.



- DOBROSSY, L. Epidemiology of head neck cancer: magnitude of the problem. **Cancer Rev. Cancer metastasis**, v.1 n.17, 2005.
- DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G. M. **Classificações das intervenções de enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008
- DIAS FL et.al Therapeutic options in advanced laryngeal cancer: an overview. **ORL J Otorhinolaryngology** v.67, p.311-318, 2005.
- DESALU, O. O *et al*. Fator associado à tosse seca, tosse produtiva e tosse noturna em adultos jovens na Nigéria. **Revista Brasileira de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v.36, n.3, p.325-333, 2010.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: **definições e classificação-2009-2011**. Organizado por North American Nursing Association; tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2011. 288 p.
- ECHER, IC 2005. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.13 n.5, p.:754-7, 2005.
- FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio século XXI. O minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. revista. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, 799 p.
- FLÁVIO, P.G.C.; ZAGO, M.M.F. Reabilitação vocal do laringectomizado características culturais do processo. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n.2, p. 63-70, 1999.
- FERNANDES, M.G.M.; ASSIS, J. F.; BARRETO, E.F. Registro das ações de cuidados no contexto da enfermagem clínica. **Revista Nursing** São Paulo, v. 37, n. 4, p. 31-34, 2001.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- FILHO, V.W. A epidemiologia do câncer de laringe no Brasil. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 188-194, 2004.
- FERREIRA. et al. Técnica de preparo de medicamentos parenterais: tocar ou não no êmbolo?. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 20-26, 2007.
- FREITAS, AAS.; COELHO, MJ. Cliente traqueostomizado na unidade de internação oncológica: o cuidar e os cuidados de enfermagem. In: SENPE SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, junho. 2009, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009

- FREITAS, AAS, COELHO MJ. Reflexão do cuidar cuidados de enfermagem ao cliente adulto em uso de traqueostomia de urgência. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, maio. 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2009.
- FARIAS G.M.; FREIRE, I.L.S.; RAMOS, C.S. Aspiração endotraqueal : estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal-RN. **Revista Eletrônica Enfermagem**. 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8>>. Acesso em: 19 de outubro. 2011
- FRÁGUAS, G., SOARES, S.M.; SILVA, P.A.B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. **Revista de Enfermagem Escola Anny Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008.
- GUEDES, M.T.S. et al. Transpondo a barreira do silêncio do cliente laringectomizado através das ações de enfermagem. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 287-291, 2004.
- GANZELLA, M. **A experiência dos talassêmicos adultos com o seu regime terapêutico**. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- GRUDTNEY, DI. et al. O amor no cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 18 n° 2, P. 317-22, 2010.
- GEVAERD, S.R. et al. Impacto da terapia nutricional enteral ambulatorial em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. São Paulo, v. 1, n. 23, p. 41-45, 2008.
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n° 3, p. 825-829. 2003
- GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; COUTO, M. T. O homem como foco da saúde pública. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 4-5. 2005.
- GOMES R.; NASCIMENTO, EF. A produção do conhecimento da saúde publica sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n 5, p. 901-11,2006.
- GOMES,R.; NASCIMENTO, E.F.; REBELLO, L.E.F.S. As representações da masculinidades e o ser homem. 2008. In: FAZENDO GÊNERO, CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 28 de agosto 2008. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: FIO CRUZ, 2008

- GOIATO, M.C., ROCHA, F.A.U., SANTOS, D.M., CONRADO, N.S. Perfil de pacientes acometidos por câncer de laringe atendidos no centro de oncologia bucal. –UNESP. **Revista Odonto Ciência**. v. 21, n. 51, p. 234- 40, 2006.
- HORTA, WA. **Processo de enfermagem**. 14º ed. São Paulo: EPU: 2001.
- HORTENSE, F.T.P., CARMAGNAMI, M.I.S., BRETÃS, A.C.P. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 61, p. 24-30, 2008.
- HANNICKEL, S. et al. O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n. 3, p. 333-339, 2002.
- JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: A percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.33 nº4, p.323-33, 1999
- KRUTINSKY, D.C. *et al.* O significado da passagem de plantão por trabalhadores de enfermagem. **Revista Inst Ciência Saúde**, v. 25, n. 2, p. 105-11, 2007.
- KUBLER R. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: editora. da universidade de São Paulo, 1977.
- LAUTERT, L.; ECHER, I. C.; UNICOVSKY, M. A. R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 118 -131, 1998.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, nº 1, p. 35 – 46, 2000.
- LAURENTI R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. Faculdade de Saúde Pública – USP São Paulo, 1998.
- LIMA, R.de. **A representação social das mulheres sobre o seu câncer de mama: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. 2002
- LIMA, E.M.S.; COELHO, MJ. O cuidado de higiene da cabeça e pescoço no cotidiano do cliente com fistula faringocutânea. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. v. 9, nº 2, p. 287-91, 2005.
- LIMA, A.L *et al.* Laringectomia supracricóide (CHEP) para câncer glótico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 8, p. 250-254, 2001

- LIMA, G.; NEGRINI, N.M.M. Assistência farmacêutica na administração de medicamentos via sonda: escolha da forma farmacêutica adequada. **Eisntein**, v.7, n. 1, p. 9-17, 2009.
- LIMA RA, DIAS FL, KLIGERMAN J, *et al.* Management of advanced laryngeal cancer: an overview. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v.28, p.27-39. 2002
- LIMA, RA. *et al.* Câncer da laringe: diagnóstico e tratamento. Projeto diretrizes **Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. 2008
- MELLO.A.S, CARVALHO,E.C.; PELA,N.T.R. A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematológicas. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.14, n.2, 2005
- MARTINS,J *et al.* Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado Saúde**, v.7, n°4, p. 517-522, 2008.
- MIASSO AI, CASSIANI SHB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.39 n. 2, p.136-44, 2005
- MIASSO A.I. *et al.* O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.14, n. 3, p. 354-363, 2006
- MELLES, A. M.; ZAGO, M.M.F. A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.9, n° 1, p. 73-79, 2001
- MESQUITA, M.G.R; **Necessidades de ajuda aos homens em tratamento antineoplásico: subsídios ao gerenciamento dos cuidados de enfermagem**. 2008. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 2008.
- MASSON,A.C.C.; FOUQUET,M.L.;GONÇALVES,A.J. Umidificador de traqueostoma: influência na secreção e voz de laringectomizados. Pró-Fono **Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 2, p. 183-188, 2008.
- MARIA JMF *et al.* Associações entre escolaridade, renda e Índice de Massa Corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde **Caderno de Saúde Pública** v.22 n.11 p.45-52 2006

MARTINS, J.J.; MAESTRI, E.; DOGENSKI D.; NASCIMENTO, E.R.P.; SILVA, R.M.; GAMA, F.O. Necessidades de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado Saúde** v. 7 n° 4 p. 517-522. 2008.

MOSTARDEIRO, S.C. T.S. **O cuidado em situações de alteração da imagem facial: implicações na formação da enfermeira**. 2010. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

MARUYAMA S.A.T.; ZAGO,M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 216-222, 2005.

NASCIMENTO, M. R. **Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnostico precoce da doença**. 1999. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf>> Acesso em: 30 Jan. 2011.

NORRIS, G. **Princípios universais da meditação**. Convite ao silêncio. Nova Era, 2007. 97p.

NIGHTINGALE, F. **Notas de enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade**. Tradução Telma Ribeiro Garcia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 180 p.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO,M.; BAKER,G. (2009). **Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero**. Rio de Janeiro: Promundo.

NETTER, F.H. **Atlas de anatomia humana**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008

NEPOMUCENO R.M.; SILVA, L.D. Pesquisa bibliográfica dos sistemas de vigilância em ventilação mecânica: o estado da arte na enfermagem. **Revista Eletrônica Enfermagem**. 2007 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a09>> . Acesso em: 14 de maio 2011

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.1,2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial 2002. Brasília : Doenças não transmissíveis e Saúde Mental, OMS, 2002.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

- OLIVEIRA, B.M.M *et al.* Human papillomavirus and Epstein-Barr virus infection, p53 expression, and cellular proliferation in laryngeal carcinoma. **Clin Pathol.** v. 126, p. 284-93, 2006.
- OLIVEIRA, M.G. **Manual de anatomia da cabeça e do pescoço.** 4.ed. revista e ampliada. Porto Alegre, 2002.
- PEREIRA, M.S. *et al.* A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 250-257, 2005.
- POPIM RC. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schutz.** 2001. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, 2001.
- PEDROLO F. T.; ZAGO M. M. F. A imagem corporal do laringectomizado: resignação com a sua condição. **Revista Brasileira Cancerologia.** v. 46, n° 4, p. 407-15, 2000.
- PERNAMBUCO L de A, VILELA M.B.R. Estudo da mortalidade por câncer de laringe no estado de Pernambuco 2000-2004. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.** v 2, n, 75, p 222-227, 2009.
- PINHO L.B.; SANTOS,S.M.A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 377-385, 2007.
- PEDRÃO, R de B.; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein** v. 8 n° 1 p. 86-91, 2010
- POWELL LH. THORESEN CE. Religion and spirituality. **Am Psychol.** v.58 n° 1 p.36-52,2003.
- ROCHA, P.M. Traqueostomias In: Rochavergilius, J.F.A.F.; LENINE,G.B., FERRAZ, A.R. **Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço.** São Paulo, 1999.
- RABELLO MCM. **Religião, ritual e cura.** In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SILVA, M.P.N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro,v. 52, n. 1, p. 59-77, 2006.
- SOUZA, S.P.S; LIMA R.A.G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 15,n. 1, 2007.
- SANTOS, P.S.S. *et al.* Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** v.20, n.2, 2008.

SILVA, M.J.P. Percebendo o ser humano além da doença-o não verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, 2001.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

SALES, C.A.; ESPÓSITO, V.H.C. A arte de cuidar de pessoas portadoras de neoplasias. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. v.1,nº 1, p.61-3, 2002.

SANTANA, M.E. **Fístula faringocutânea após laringectomia total. Revisão sistemática e implicações para a enfermagem**. 2004. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, 2004.

SCHRAIBER, LB; GOMES, R; COUTO, MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciências Saúde Coletiva**. v 10, nº1, p. 7-17, 2005.

SPIANDORELLO, W.P. et al. Cricotireoidotomia modificada: opção para remoção das secreções traqueobrônquicas. **Revista de Pneumologia**, v. 28, n. 2, p. 61 – 64, 2002.

SILVA, M.J.P. Percebendo o ser humano além da doença-o não verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, 2001.

\_\_\_\_\_. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

TONELI M.J.F; SOUZA, M.G.C.; MÜLLER, R.C.F. 2010. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994,2010.

TIPPLE, A.F.V. *et al.* O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 245-250, 2003.

TOSCANO, B.A.F. et al. Câncer: implicações nutricionais. **Comunicação Ciências Saúde**, v. 19, n. 2, p. 171-180, 2008.

TEIXEIRA, C.R.S. **A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva: um estudo de caso**. 2003. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 2003.

TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L.; ALVES, M.C.. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 385-391, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. SISTEMA DE BIBLIOTECAS

INFORMAÇÃO, **Manual para elaboração e normalização de Dissertações e Teses** Organizadas por Elaine Baptista de Matos Paula et al. 3. ed. rev., atu e ampl. -- Rio de Janeiro: SIBI, 2011. 110 p. (Série Manuais de Procedimentos, 5).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. SISTEMA DE INFORMAÇÕES. **Minerva**: Sistema de documentação da UFRJ. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.minerva.ufrj.br>. Acesso em 31 de Outubro de 2011.

VIGARELLO G.O. **O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a idade média**. Lisboa: Ed Fragmentos, 1985.

WATSON J. **Teoria do cuidado humano**. 2005. Disponível em: <<http://www2.uchsc.cdu/son/caring/content/wct.asp>>. Acesso em: 15 de janeiro 2012.

WUNSCH F. *et al.* The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. São Paulo **Méd J.** v.5, n° 122, p. 188-94, 2004.

WILLEMEN RLA.; CRUZ IC. **Produção científica de enfermagem sobre aspiração de vias aéreas: implicações para a (o) enfermeiro de cuidados intensivos**. Disponível em [www.uff.br/ne-pae/bnn04esp02](http://www.uff.br/ne-pae/bnn04esp02). Acesso em: 12 de outubro de 2011.

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.



# **SOBRE AS AUTORAS**

## **Ana Angélica de Souza Freitas**

Enfermeira formada pela Universidade Unigranrio. Rio de Janeiro, Brasil. Mestre em Ciências de Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)-Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Enfermagem em Oncologia-Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Especialista em Educação em Saúde-Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde NUTES-UFRJ. Professora da Pós-Graduação em Enfermagem em Oncologia do INCA-RJ, ministrando aulas, nas interfaces entre Enfermagem, Saúde e Câncer de Cabeça e Pescoço. Preceptora da Residência Multiprofissional do INCA. Membro efetivo do Grupo de Estudo Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq vinculado ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica EEAN-UFRJ-Brasil. Autora do livro: Programa de Atualização em Enfermagem Gestão – PROENF. Ciclo 2 volume 1. Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância – SESCAD. Porto Alegre-Brasil. 2012. Endereço para correspondência: Avenida Prof. Manuel de Abreu, 246/604 Maracanã. Cep: 20550-170 Rio de Janeiro-Brasil. Telefone celular : (21) 7408- 9183 Serviço (21) 3207-1245.

E-mail: souzaaafreitas@yahoo.com.br

## **Maria José Coelho**

Enfermeira formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ-Brasil. Doutora em Ciências da Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN-Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ. Professora da Pós-Graduação da EEAN Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coordenadora do Laboratório de Cuidado Hospitalar e Pré-Hospitalar e do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem da EEAN-UFRJ. CNPq. Diretora de Ensino de Graduação UFRJ. Brasil. Pesquisadora do CNPq.

E-mail: zezecoelho@yahoo.com.br

**Márcia Maria Fontão Zago**

Enfermeira formada pela Universidade de São Paulo USP-Brasil. Doutora em Ciências da Enfermagem USP-SP Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Brasil. Pesquisadora do CNPq.

E-mail: [mmfzago@eerp.usp.br](mailto:mmfzago@eerp.usp.br)



# Câncer de Laringe em Homens e o Cuidado Cotidiano

Este livro objetiva apresentar quem são os homens hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, descrever os cuidados cotidianos recebidos e analisar as necessidades de cuidados em saúde e enfermagem. O leitor encontrará subsídios para o cuidado em saúde e enfermagem, levando em consideração a especificidade masculina e as necessidades humanas dos homens com traqueostomia.

