



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery**



Ana Angélica de Souza Freitas

**OS CUIDADOS COTIDIANOS AOS HOMENS ADULTOS HOSPITALIZADOS COM
TRAQUEOSTOMIA POR CÂNCER NA LARINGE**

**Rio de Janeiro
2012**

Ana Angélica de Souza Freitas

**OS CUIDADOS COTIDIANOS AOS HOMENS ADULTOS HOSPITALIZADOS COM
TRAQUEOSTOMIA POR CÂNCER NA LARINGE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Coelho

**Rio de Janeiro
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA

Freitas, Ana Angélica de Souza.

Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe / Ana Angélica de Souza Freitas. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2012. 244 f. il.

Orientadora: Maria José Coelho

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Referências Bibliográficas: f. 203-218.

1. Traqueostomia. 2. Câncer de laringe. 3. Enfermagem. 4. Saúde do homem. I. Coelho, Maria José. II Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III Título.

CDD 610.73

Ana Angélica de Souza Freitas

**OS CUIDADOS COTIDIANOS AOS HOMENS ADULTOS HOSPITALIZADOS COM
TRAQUEOSTOMIA POR CÂNCER NA LARINGE**

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2012.

**Dissertação de mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ,
como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Aprovado por:

.....

Profa. Dra. Maria José Coelho

Presidente

.....

Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago

1º examinadora – EERP – USP

.....

Profa. Dra. Lys Eiras Cameron

2º examinadora – EEAN – UFRJ

.....

Profa. Dra. Marléa Chagas Moreira

1º suplente – EEAN – UFRJ

.....

Profa. Dra. Elza Maria Santos Lima

2º suplente – EEAP – UNIRIO

DEDICATÓRIA

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.**

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar os meus caminhos e pensamentos...

Aos homens portadores de traqueostomia, que consentiram em participar e ampliar o conhecimento de enfermagem na área do cuidado, pois, sem eles seria impossível este estudo...

A minha mãe Maria Helena de Souza Freitas, que sempre lutou pelos meus estudos, crescimento pessoal e profissional...

Ao meu pai Elias pela compreensão e tranquilidade...

As minhas irmãs, Oscilene, Everalina, Josefa, Conceição, pelas palavras amigas e sempre me incentivando nos estudos. E em especial a minha irmã, Rosimeire, sempre disposta a me ajudar e ouvir nas horas de dúvidas e ansiedades...

Aos meus queridos sobrinhos, Luis Felipe, Rafael, Carlos Eduardo e Ayran...

À querida e amiga Profa. Dra. Maria José Coelho pela tranquilidade e sorrisos nas horas difíceis, por ter sempre estado disponível para dialogar comigo sobre o cuidado humano e por tecer comentários e sugestões tão críticas e pertinentes para o sucesso deste estudo...

Às enfermeiras Ailse Bittencourt, Simone Amorim e Valdete Oliveira, colegas de trabalho que me ajudaram com dedicação e zelo no andamento do processo de Comitê de Ética...

Às inesquecíveis colegas de trabalho enfermeiras Maria Elisia, Ivana, Ana Paula e Livia sempre incansáveis nas coberturas de plantões...

Às colegas enfermeiras veteranas Márcia Santos, Nilciara, Maria Cristina, Monalisa e Lindalva pelo carinho e apoio...

As mais novas colegas enfermeiras Flavia, Camile, Vagnara, Maria de Lourdes e Aline sempre disposta ajudar...

Ao amigo de sempre, Edvald da biblioteca do Hospital de Câncer I-INCA, pelo otimismo, sabedoria em suas sugestões e disponibilidade de ajudar com zelo e carinho...

Às professoras Márcia Zago, Lys Camerom, Elza Maria e Marléa pelas relevantes contribuições e sugestões tão sabiamente colocadas...

Aos docentes e discentes da EEAN-UFRJ, que contribuíram para o desenvolvimento desse estudo...

A todos os funcionários da secretária, segurança e biblioteca da EEAN, em especial o Jorge Anselmo, pela tranquilidade e sempre disponível...

À professora de inglês e amiga Teresa, que me ajudou e incentivou nas horas difíceis...

Finalmente, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo...

Obrigada!

RESUMO

FREITAS, Ana Angélica de Souza. **Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe.** Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

Este estudo teve como objetivos apresentar o perfil socioeconômico dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe, descrever os cuidados de enfermagem 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. Utilizou-se o método misto com 47 homens com traqueostomia. Coleta de dados foi de maio 2011 a janeiro de 2012 em um hospital oncológico de cirurgia de cabeça e pescoço. Foi aprovado no CEP sob nº 14/11. Entrevistas semi-estruturadas, observação sistemática, coleta no sistema de informação hospitalar absolute foram às formas de coletas de dados. Os dados quantificáveis foram analisados pelo software absolute e excel e os qualificáveis pela análise temática e software Atlas.ti. Emergiram quatro categorias e temas transversais interligados com o estudo. O perfil dos homens hospitalizados com traqueostomia que predominaram, 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. Na categoria de casos múltiplos os cuidados de enfermagem recebidos foram baseados nos problemas de saúde dos homens. Nessa categoria, forma os cuidados recebidos e os seus resultados. Nas necessidades de cuidados sob a ótica dos homens foi verificado que o cotidiano deles acontecem de maneira simples de acordo com a necessidade de saúde. Por outro lado, os temas transversais foram os produtos dos cuidados de enfermagem que formaram artigos científicos. Os encontros do cotidiano foram como dimensões de masculinidades, não se entregarem e lutarem pela vida.

Palavras chaves: Traqueostomia, Câncer de Laringe, Enfermagem, Saúde do Homem.

ABSTRACT

Freitas, Ana Angélica de Souza. **The daily care to adult men hospitalized with câncer of the larynx by tracheotomy.** Rio de Janeiro, 2012. Dissertation (M.Sc. Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2012.

This study aimed to show the socioeconomic profile of adult males hospitalized with cancer of the larynx by tracheotomy, describe the nursing care received and analyze the needs of health care and nursing, based on the conceptual assumptions of masculinity Connell, care rabbit and daily Certeau. We used the mixed method with 47 men with tracheotomy. Data were collected from May 2011 to January 2012 in an oncology hospital of head and neck surgery. CEP was approved under the nº 14/11. Semi-structured interviews, systematic observation, collection on hospital information system were the absolute, forms of data collection. The data were analyzed by software quantifiable and absolute excel and qualify for thematic analysis software Atlas.ti. Four categories emerged and cross-cutting themes connected with the study. The profile of men hospitalized with tracheotomy that prevailed, married, employed, fundamental level education, twice the minimum wage income, Catholics, coming from Rio de Janeiro, aged 41-70 years and nutritional status eutrophic. In the category of multiple cases received were based on the health problems of men. In this category, so the care received care and outcomes. Care needs in the perspective of the men were found that the daily they happen simply according to health need. On the other hand, the cross-cutting themes were the products of care nurses working as scientific articles. The daily confrontations were as dimensions of masculinity, not surrender and fight for life.

Keywords: Thacheostomy, Larynx Cancer, Nursing, Men's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 Anatomia da traqueia com colocação de traqueostomia adequada	31
Figura 2 Técnicas de triangulação	58
Figura 3 Organograma que demonstra as variáveis dos dados gerados	63
Figura 4 Material educativo	237
Figura 5 Traqueotomias: orientações aos pacientes 2º edição	238
Figura 6 Sumário	239
Figura 7 Prezado paciente	240
Figura 8 Se as vias áreas não funcionarem	241
Figura 9 Cuidados com o cadarço	242
Figura 10 Ajustando o cotidiano com o uso da cânula de traqueostomia	243
Figura 11 Reuniões de orientação aos familiares e cuidadores	244

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, exceto pele não melanoma	17
Quadro 2	Frequência do procedimento de traqueostomia em homens por câncer na laringe de uma instituição oncológica do Rio de Janeiro, 2005-2010	19
Gráfico 1	Estado civil dos homens hospitalizados com traqueostomia	63
Gráfico 2	Ocupação dos homens	64
Gráfico 3	Escolaridade dos homens	65
Gráfico 4	Classe socioeconômica dos homens	66
Gráfico 5	Religião dos homens	68
Gráfico 6	Procedência dos homens	70
Gráfico 7	Cor da pele dos homens hospitalizados com traqueostomia	71
Tabela 1	Frequência da faixa etária dos homens hospitalizados com traqueostomia, RJ-2011	71
Quadro 3	Classificação do estado nutricional de adultos segundo IMC 19 a 65 anos OMS 1995 e 1997	73
Tabela 2	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	74
Quadro 4	Resumo dos relatos de casos clínicos e os cuidados de enfermagem	89
Quadro 5	Frequência dos cuidados de registros	127
Quadro 6	Frequência dos cuidados de higiene dos homens	129
Quadro 7	Frequência dos cuidados no controle da alteração do organismo	130
Quadro 8	Frequência dos cuidados na escuta ativa	132
Quadro 9	Frequência dos cuidados à pessoa	133
Quadro 10	Frequência dos cuidados a família e amigos	134

Quadro 11	Frequência dos cuidados da imagem e auto-imagem alterada	136
Quadro 12	Frequência dos cuidados de identificar as necessidades humanas	137
Quadro 13	Frequência dos cuidados de identificar os microrganismos	138
Quadro 14	Frequência dos cuidados na prevenção e segurança	139
Quadro 15	Frequência por turnos de cuidados	141
Quadro 16	Frequência dos cuidados significativos	141
Quadro 17	Frequência dos cuidados por vias de alimentação	142
Quadro 18	Frequência dos cuidados na função respiratória dos homens	143

SUMÁRIO	Páginas
CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 Contextualização do objeto do estudo	15
1.2 Objeto, questões norteadoras e os objetivos do estudo	23
CAPÍTULO 2 - REVISÃO SISTEMÁTICA	24
2.1 Câncer de laringe epidemiologia	25
2.2 Anatomia da traquéia	29
2.3 Implicações orgânicas no cuidado ao homem com traqueostomia	32
2.4 Os cuidados cotidianos ao homem hospitalizado com traqueostomia	34
CAPÍTULO 3 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	39
3.1 Cuidados de enfermagem	40
3.2 Homens como sujeitos do cuidado	42
3.3 Masculinidades e o homem no processo saúde-doença	44
3.4 Os estudos sobre masculinidades.	47
CAPÍTULO 4 - CAMINHO METODOLÓGICO	50
4.1 O tipo de pesquisa e métodos	51
4.2 Os sujeitos	51
4.3 O cenário do estudo	51
4.4 O trabalho de campo e coleta de dados	52
4.5 A análise e organização dos dados produzidos	55
4.6 Critérios de confiabilidade e rigor científico	58
4.7 Aspectos éticos.	58
CAPÍTULO 5 - PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS HOMENS ADULTOS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA POR CÂNCER NA LARINGE	61
CAPÍTULO 6 - CATEGORIA EXPLICATIVA: CASOS MÚLTIPLOS DE HOMENS ADULTOS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA	76

CAPÍTULO 7 - O COTIDIANO NA ÓTICA DOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA	95
CAPÍTULO 8 - OS CUIDADOS RECEBIDOS PELOS HOMENS HOSPITALIZADOS COM TRAQUEOSTOMIA	126
CAPÍTULO 9 - PRODUTOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	144
9.1 Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: Implicações para a enfermagem	146
9.2 Homens hospitalizados com traqueostomia e as maneiras de cuidados de enfermagem	162
9.3 A sexualidade humana e implicações no cuidado aos homens proposta para reflexão	171
9.4 O cuidar e os cuidados de enfermagem ao paciente adulto oncológico com traqueostomia de urgência	181
CAPÍTULO 10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
REFERÊNCIAS	203
APÊNDICES	219
ANEXOS	234

Capítulo 1 **Considerações Iniciais**

Começando a Começar

Podemos reconhecer que, de vez em quando, aparece uma percepção interior, um pensamento fugaz, um pequeno anseio de viver nossas vidas de modo diferente?

Não sabemos o que isso significa ou o que isso exige. Nós repelimos essas idéias como um cahorro molhado se sacode para repelir a água e continuamos com nossos afazeres.

Mas o anseio continua.

Mas o anseio não nos deixa em paz. Ele não vai embora. Tornamo-nos talvez ainda mais ocupados para cuidar disso.

A mudança de pensamento pode mover montanhas. Pode nos permitir começar a começar.

(Norris, Gunilla 2007)

1.1 Contextualização do objeto de estudo

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 5^a e a 7^a 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, auto-imagem 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 inferior; 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
Traquéia, 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 traquéia 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 laríngeas (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. (Op. Cit., 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	N° de traqueostomias	N° (%) 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.

Diante desse cenário, 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).

Nesse panorama, para entender melhor a problemática do estudo e tomando como base o procedimento da pesquisa bibliográfica nas bases de dados, foi realizada uma busca dos estudos nessa temática. Foram selecionados todos os resumos para a pesquisa, e artigos completos, foram excluídos os artigos que não tinham os resumos disponíveis e os que se distanciavam dos títulos e objetivos.

Ao acessar as bases de dados Medline, via Bireme, foi possível constatar um grande acervo sobre a temática câncer (852.152) em vários contextos, fato que se repetiu ao utilizar o descritor neoplasia (138.410). Quando usamos o LILACS, essa demanda diminuiu câncer 26.567 e neoplasia 2.999, denotando uma diferença entre a temática e o descritor.

Quase todos os estudos encontrados, enfocam o tratamento direcionando especialmente para a evolução clínica da doença. Chamou atenção o pequeno número de publicações referentes à traqueostomia e aos cuidados de enfermagem na base de dados Lilacs (03) e Medline (21).

No que se refere às questões de gênero masculino, foram encontrados oito artigos nacionais que se referem especificamente à saúde do homem, cujos enfoques são: o perfil epidemiológico; masculinidades; sexualidade; morbimortalidade; reprodução; poder; desigualdade; raça; cor; saúde dos homens; atenção primária; e homem com câncer.

No âmbito da enfermagem nacional, o que temos constatado é que foram realizados poucos estudos contemplando os homens como sujeitos da pesquisa. Um outro ponto que merece destaque é o estudo científico de Barichello (2002) que relata que na literatura brasileira e internacional de enfermagem há um pequeno número de publicações sobre os cuidados com a traqueostomia.

Por exemplo, 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 pequeno número 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.

Este 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 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 pretendemos desenvolver.

Este estudo aponta a necessidade de considerar o universo do cuidado como um subsídio na prática de cuidar, e desta forma 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 com segurança eventos futuros transformados em cuidados, que são oferecidos ao paciente adulto hospitalizado em uma composição em rede.

Nesse panorama, propomos a materialização da dissertação de mestrado. Diante dos resultados, sugere-se replicar a cartilha educativa para inserir a questão da sexualidade dos homens com traqueostomia, inserir conteúdos e imagens de colar protetor para banho com traqueostomia, mesclar imagens de homens e mulheres cuidando-se, mudar as imagens de expressão infantilizadas para imagens de adultos, contemplando a participação do paciente como sujeito do cuidado no processo de replicação do material educativo para o cuidado.

A primeira cartilha educativa de cuidado ao paciente com traqueostomia foi desenvolvida pela equipe da comunicação social da instituição do estudo, junto com a enfermeira do ambulatório de enfermagem de cirurgia de cabeça e pescoço. A necessidade na elaboração de uma cartilha educativa era evidente, visto que o cuidado de enfermagem oferecido ao paciente de alta hospitalar era meramente verbal.

A partir daí, resolvemos confeccionar a cartilha educativa para o cuidado ao homem com traqueostomia, partindo do pressuposto que ele precisava saber o seguinte para o cuidado de si: o que era traqueostomia, como eram feitos a limpeza diária, o banho, a alimentação, a comunicação, a vida social, entre outros.

Atualmente, existe na instituição o laboratório da pesquisa, um material impresso em formato de cartilha educativa intitulada “Traqueostomias: Orientações aos Pacientes” que está na segunda edição (2010) com tiragem de quatro mil exemplares elaboração, distribuição e informações pelo Instituto Nacional de Câncer - Ministério da Saúde.

A cartilha tem a finalidade de direcionar os homens no cotidiano dos cuidados com a traqueostomia no ambiente domiciliar (**Anexo C**).

1.2 O OBJETO, AS QUESTÕES NORTEADORAS E OS OBJETIVOS DO ESTUDO.

O objeto desse estudo são os cuidados de enfermagem aos homens adultos hospitalizado com traqueostomia por câncer na laringe.

Diante das reflexões do estudo, formulamos as seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil socioeconômico dos homens hospitalizados com traqueostomia?
- Quais são os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens adultos com traqueostomia?
- Quais os cuidados de enfermagem necessários apontados pelos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe?

A resposta a estas questões visou alcançar os três objetivos descritos a seguir

- Apresentar o perfil socioeconômico dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia
- Analisar as necessidades de cuidados de enfermagem sob a ótica do homem hospitalizado com traqueostomia por câncer na laringe
- Descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens adultos com traqueostomia

Apresentamos a seguir o capítulo dois que aborda a revisão sistemática

Capítulo 2 _____ **REVISÃO SISTEMÁTICA****Persistência**

Como sustentaremos o ânimo e a vontade de continuar nossa prática quando a atividade ficar desconfortável? Sabemos que ficará desconfortável e que sentiremos cansaço frustração e dúvida.

A prática da atenção intencional é muito parecida com o treinamento físico.

O maratonista deve enfrentar colinas assim como vales. As colinas são difíceis.

E elas tornam a pessoa forte. Se pudermos colhê-las bem e saber que elas serão seguidas de vales, aprenderemos algo Sobre persistência.

(Norris, Gunilla 2007)

2.1 Epidemiologia do câncer da laringe

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 interarritenoidea; 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 disфонia, dispneia, 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, 2008).

Os tumores glóticos levam mais frequentemente a queixa de disфонia, sendo a dispneia 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 videolaringoscopia, 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 cricoarritenoidea, 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 supraglóticos (BARBOSA, 2005)

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).

2.2 Anatomia da traqueia

A traqueia é um órgão tubular do aparelho respiratório que se inicia na cartilagem cricoide e estende-se até a carina. Mede aproximadamente 10 a 13 cm de extensão e 1,8 a 2,3 cm de diâmetro, no adulto. Posiciona-se na linha média da região cervical direcionando-se para o mediastino superior com trajeto antero-posterior e supero-inferior (NETTER, 2008).

É formada por 18 a 22 anéis cartilagosos incompletos, em cuja face posterior existe uma membrana elástica, possibilitando alta complacência do órgão. Pode ser deslocada da linha média na posição vertical em amplas proporções, sem, contudo haver redução do diâmetro interno situação observada frequentemente, em casos de tumores volumosos cervicais extrínsecos à traqueia. Apenas a cartilagem cricoide apresenta um anel completo (Op.Cit. 2008)

A traqueia é achatada na sua superfície posterior, está em contato com o esôfago quatro camadas de tecidos são observadas na traqueia: mucosa, submucosa, cartilagem e adventícia tecido conjuntivo denso assim, embora suficientemente rígida para manter-se patente, a traqueia é também elástica para alongar-se e encolher com a respiração e deglutição (LIMA,2002)

A camada mais interna, que é a mucosa, é formada de um epitélio ciliado com células calciformes células produtoras de muco. Os cílios funcionam como “vassouras”, para impedir que qualquer tipo de partícula porventura inalada alcance os pulmões ao nível da quinta vértebra torácica. A traqueia se subdivide-se em dois brônquios principais. A principal função da traqueia é de conduzir o ar até os pulmões (ROCHA, 1999).

Com base nisso é essencial, descrever os tipos de cânulas de traqueostomia, que são tubos curvos, sólidos, que permitem a passagem de ar no seu interior e quando inseridos no orifício da traqueostomia, possibilitam a ventilação pulmonar.

Podem ser metálicas, plásticas, Portex®, Shiley® e de Silicone Rush®. Existem diferentes tipos de cânulas no mercado, porém a maioria mantém um mesmo padrão no conjunto

de instrumentos. As cânulas plásticas são as mais populares por serem mais leves e não reterem secreções facilmente no seu interior.

As cânulas estão divididas em três partes distintas: cânula externa cânula interna subcânula e mandril. A cânula externa permite a fixação de todo o conjunto, com cadarços amarrados nas asas laterais em torno do pescoço, e segura também a subcânula.

A interna é adaptada à cânula externa e é removível, funcionando para limpeza segura do circuito, o mandril só é utilizado no momento de inserção da cânula externa na traqueia, devendo ser retirado imediatamente. Este protege a traqueia de contusões cortantes do seguimento distal.

A partir do conjunto padrão surgem as variedades, como: presença ou não de fenestrações e balonete, é um pequeno balão situado em torno do terço distal da cânula que pode ser inflado com ar ou espuma para a fixação do tubo na traqueia.

Os balonetes podem ser de alto volume e baixo volumes. Os de baixo volume têm forma de balão e superfície de contato pequena, os de alto volume possuem forma de barril e distribuem melhor a pressão interna excessiva sobre a mucosa traqueal. Estes tipos de cânula estão indicados para pacientes dependentes de ventilação mecânica.

As cânulas fenestradas estão indicadas para pacientes que não precisam de ventilação mecânica. Possuem um orifício superior, no terço médio, por onde passa o fluxo de ar proveniente dos pulmões, produzindo a vocalização.

Atualmente existe um quite de traqueostomia que permite, através da técnica de Seldinger, inserir rapidamente uma cânula plástica na traqueia guiada por fios e dilatadores em diversos tamanhos. Esta técnica é chamada de traqueostomia percutânea. Pode ser feita por cirurgiões e médicos em geral porém, não é isenta de complicações.

A classificação geral das traqueostomias depende de vários critérios adotados no momento da sua realização. Didaticamente pode-se realizar o procedimento de acordo com os objetivos propostos: quanto à finalidade, tempo disponível, altura da traqueia e tempo de permanência.

Quanto à finalidade poderá ser preventiva, quando realizada com tempo prévio, ou complementar a outras cirurgias, quando se teme dificuldade respiratória intra ou pós-operatória, como ocorre nas cirurgias endorais e hipofaringe, que causam edema obstrutivo regional.

A traqueostomia curativa está indicada em situações diversas de dificuldades respiratórias como o edema de glote de origem infecciosa, possibilitando a manutenção segura das vias aéreas, até cessar a resposta inflamatória patológica do órgão (BRASIL, 2004)

Poderá ser também paliativa, quando realizada apenas para o conforto respiratório de pacientes fora de terapêuticas curativas, por exemplo, nos tumores avançados da cabeça e pescoço.

Quanto ao tempo disponível para a realização pode ser classificada como urgente e eletiva. No primeiro, o procedimento é feito na sala de emergência, como medida heróica de salvamento de pacientes vítimas de traumas craniomaxilofaciais, por exemplo. Vale salientar que esta manobra reserva-se situações excepcionais, dando-se preferência a abordagem pela membrana cricótireoide.

A traqueostomia eletiva ocorre habitualmente no bloco cirúrgico, onde toda a instrumentação, luz adequada e enfermagem estão disponíveis. Algumas vezes pode ser realizada nas unidades de terapia intensiva, se estas oferecerem condições seguras e eficientes.



Figura 1 Anatomia da traqueia com colocação da cânula de traqueostomia

Quanto à altura em que é realizada, considera-se alta aquela localizada ao nível da membrana cricótireoide, ou seja, uma cricótireoidostomia. A traqueostomia média ocorre na altura do 2º e 3º anéis traqueais, a mais utilizada na prática clínica-cirúrgica. A traqueostomia

baixa é na altura do 4° e 5° anéis, procedimento esporádico devido à probabilidade de acidentes transoperatórios pela proximidade de grades vasos e da pleura (DANGELO & FANTTINI, 2009).

Quanto ao tempo de permanência podem ser temporárias ou definitivas. Os próprios termos de classificação, por si, a definem. Quando definitiva, torna-se a via única e permanente de ventilação pulmonar, como ocorre nas laringectomias, na oportunidade de ressecção completa de cânceres malignos desses órgãos (SANTANA, 2004).

2.3 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 anseios, 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 auto-imagem 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.

2.4 Os cuidados cotidianos de enfermagem 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 auto-estima e auto-imagem.

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, fístulas 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 (BARICHELO, 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 auto-cuidado 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 pacientes 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 (BARICHELO, 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 (Op.Cit, 2002)

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 subcânula 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.

Ritmo

Aprender a ter andamento, a ser estável em nosso ritmo é um processo que deve acontecer no corpo. Quando nos empenhamos para realizar as coisas estamos aprendendo a lutar. Quando nos esforçamos estamos aprendendo a nos esforçar. Com o tempo, a prática nos ajuda a prender a nos mover com mais facilidade, a ser mais calmos, a fluir.

Observe o modo com as ondas são lançadas à praia ou como os círculos flutuam no lago quando uma pedra quica pela superfície, movendo-se sem esforço aparente. Há um ritmo orgânico nisso. Nós também temos um ritmo orgânico. O silêncio pode nos ajudar a senti-lo.

Em nossa cultura não confiamos no tempo. Tentamos desafiar o tempo. Roubamos tempo. Matamos tempo. Queremos controlar o fluxo dos eventos, em vez de confiar em uma progressão natural – em vez de confiar em que podemos e devemos conhecer a vida conforme ela acontece.

(Norris, Gunnilla, 2007)

3.0 Pilares teóricos e conceituais da aplicação do cuidado de enfermagem

3.1 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 auto-imagem 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, sua formas, enfim sua auto-imagem 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 auto-imagem comprometida (COELHO, 2006) caracteriza uma das especificidades dos cuidados de enfermagem 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, passando 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, p.15), 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 (Op.Cit.,p.15) 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 Doutorado 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.

3.2 Homens como sujeitos 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 sobrevivência 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 estabelecimento de uma estratégia de abordagem a este ser que favoreça a sua inserção no cuidado à 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 os 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.

3.3 Masculinidades e o homem no processo saúde-doença-cuidado

O foco específico na relação homem saúde-cuidado e doença vem 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.

3.4 Os 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 praticas 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 históricos 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 e 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 causa 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.

No próximo capítulo, apresentaremos o caminho metodológico.

Pontualidade

Não é fácil ser pontual, mas é importante.
A disciplina da pontualidade é uma cortesia.
Ela nos ensina a valorizar a nós mesmo,
aos outros e ao horário que nos foi concedido.

Para sermos pontuais, precisamos experienciar nós
mesmos no tempo, Nossas vidas interiores são
infinitas e, contudo, nossos dias são contados.
Para trabalhar com o tempo, precisamos
de um senso de lazer, um senso do desdobramento
natural do dia, da estação, do ano, da vida.

(Norris, Gunilla, 2007).

4.1 O tipo de pesquisa e método

Estudo descritivo, realizado na abordagem de métodos mistos, que envolve a integração qualitativa e quantitativa de coleta de dados e análise de um único estudo. Um motivo comum para mesclar métodos é expandir o âmbito da investigação ao acessar uma variedade maior de dados (POPE, 2009).

4.2 Os sujeitos

Foram convidados a participar da pesquisa homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe.

Fazem parte deste estudo 47 homens com idade entre 41-80 anos, todos com cânula metálica de traqueostomia. Clark (1997) afirma que a cânula metálica possibilita que o paciente emita sons se as cordas vocais estiverem íntegras. Para falar com a cânula metálica, o paciente precisa obstruir a saída de ar no orifício da cânula.

Existiram alguns critérios de inclusão, como: paciente do sexo masculino, com traqueostomia metálica, hospitalizado; e de exclusão tais como: homens desorientados, com demência e incapazes, não fizeram parte deste estudo.

4.3 O cenário do estudo

Para realizar o estudo optou-se por uma instituição federal da rede pública situada no município do Rio de Janeiro, que presta assistência oncológica em todas as modalidades de tratamento clínico e cirúrgico aos pacientes com câncer.

A instituição do estudo é considerada referência nacional nos campos de pesquisa, ensino, assistência e prevenção do câncer, através do Decreto nº 109, de 02 de maio de 1991, passou a constituir o principal centro de referência do Ministério da Saúde em cancerologia no Brasil, caracterizada de grande porte, possui 208 leitos permanentemente ocupados.

A escolha justificou-se pelo grande número de traqueotomias realizadas nesta instituição, em torno de três a quatro por dia, que totalizaram 307 procedimentos de traqueostomia no ano de 2010, além de dispor uma equipe de enfermagem especializada, composta por 1 enfermeira

diarista e 2 plantonistas, 4 técnicos de enfermagem por plantão diurno e três no noturno. Esses profissionais trabalham em escala de 12 horas de trabalho por 60 de repouso renumerado.

A unidade tem 26 leitos localizada no sexto andar, onde os pacientes com câncer de cabeça pescoços ficam internados, recebem tratamentos clínicos, cirúrgicos e os cuidados de enfermagem. O posto de enfermagem fica no final do corredor e existem três enfermarias com um leito, para cuidado de paciente com precaução de contato.

Existe uma ampla sala de curativo, que também é utilizada para os cuidados ao paciente no momento da alta hospitalar.

4.4 O trabalho de campo coleta de dados

A coleta de dados foi compreendida em três fases: a primeira fase, composta pela entrevista semi-estruturada (**Apêndice A**) a segunda fase, composta pela observação sistemática com registro no diário de campo e a aplicação da tipologia dos cuidados de enfermagem (**Apêndice B e C**) e a terceira fase, composta pela consulta no Sistema de Informação Hospitalar Absolute-SIHA (**Anexo A**). A coleta de dados teve início em 05 de maio de 2011, interrompida em novembro 2011 para o exame de qualificação, após voltar em dezembro de 2011 para o campo da pesquisa e término em janeiro de 2012.

1º Fase - Instrumento de produção de dados

O instrumento do estudo passou por uma validação em uma amostra de oito respondentes. A validação é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para geração das informações desejadas (POLIT, 2004). Após a validação do roteiro da entrevista semi-estruturada decidiu-se gravá-las.

Conforme Pope (2009), as entrevistas semi-estruturadas são conduzidas com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada pode divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou resposta em maiores detalhes.

Para guiar as entrevistas, foi utilizado um roteiro semi estruturado com duas perguntas abertas, previamente elaboradas pela pesquisadora, sendo que a segunda pergunta subdivide-se

em nove itens (**Apêndice A**), visando obter dados referentes aos cuidados de enfermagem aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia.

Durante o procedimento de testagem do instrumento de coleta de dados com os oito sujeitos que foram entrevistados, percebemos a necessidade de ajuste deste.

Nesse sentido, na busca de atender ao rigor científico e ser fiel aos dados coletados decidimos gravar as entrevistas com os sujeitos que tivessem condições de ocluir o orifício da cânula para responder às perguntas e ter os depoimentos gravados pela pesquisadora.

Foram acrescentados dados no roteiro da entrevista semi-estruturada a serem coletados, na possibilidade de captar as necessidades de cuidados de enfermagem apontados pelos homens com traqueostomia.

Desta forma, foram incluídos os seguintes dados: aparência e auto-imagem com traqueostomia, a vida íntima, o cotidiano do homem com traqueostomia, a limpeza da cânula, a comunicação com a traqueostomia, banho de chuveiro e higiene da boca, o fornecimento do material educativo sobre os cuidados com a traqueostomia, a tosse, a umidificação, a oxigenação, a secreção e a aspiração.

A coleta de dados foi realizada na enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço em uma sala privativa para cuidados de enfermagem para alta hospitalar. Cada entrevista teve duração média de 45 minutos, totalizando em média 585 horas, gravadas em aparelho de MP3 e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora com as respectivas correções gramaticais, para realizar as transcrições, cada uma teve duração de 8 horas.

As entrevistas foram gravadas sob a autorização prévia dos sujeitos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e como garantia do sigilo e do anonimato dos participantes, inicialmente com nome de times de futebol e posteriormente recebendo nomes fictícios. As perguntas foram formuladas pela pesquisadora oralmente e por escrito.

2º Fase - Instrumento de produção de dados observação sistemática

Para a observação sistemática, os dados foram registrados com descrição em um diário de campo, construído especialmente para a coleta de dados da pesquisa (**Apêndice B**). Os cuidados recebidos foram registrados no diário de campo, de forma a não perder nenhuma informação que pudesse complementar os dados posteriormente.

No diário de campo, foram realizados registros das reflexões da pesquisadora em seus aspectos gerais e no momento em que o evento foi observado, conforme orienta Leopardi (2002), as técnicas de observação podem ser usadas para uma ampla gama de fenômenos, sendo versáteis em muitas dimensões.

Segundo Polit (2004), uma dimensão importante nos métodos de observação é o grau de estrutura. Entre os aspectos considerados relevantes em uma observação estão os seguintes: O ambiente físico – onde? O participante – quem? Atividades (os cuidados de enfermagem) – O que? Resultados (dos cuidados recebidos) – porque? Esses aspectos foram os guias para a observação no cenário do estudo, oferecendo ancoragem para a produção das informações.

A tipologia dos cuidados de enfermagem foi resultado dos projetos do CNPq Maneiras de cuidar e (In) visibilidade dos cuidados de enfermagem (COELHO, 1997), (**Apêndice C**).

A coleta de dados com o instrumento sobre tipologia dos cuidados foi coletado na enfermaria que encontravam-se os homens hospitalizados com traqueostomia nos períodos diurno e noturno. Cada observação diária durava em torno de 40 minutos, que aconteceram nos meses de Maio 2011 a Janeiro de 2012 com um total em média de 1.360 horas.

A opção de alternar a observação em períodos noturnos e diurnos possibilitou a captação de variados momentos e com diferentes profissionais da equipe de enfermagem. A pesquisadora sentava no canto da enfermaria e observava os cuidados oferecidos aos homens hospitalizados com traqueostomia e anotava a frequência no instrumento de tipologia.

3º Fase - Instrumento de produção de dados Sistema de Informação Hospitalar Absolute – SIHA

O Sistema de Informação Hospitalar Absolute (SIHA) é um software adotado pela instituição, cenário do estudo, e foi criado no ano de 2002. Apresenta controle dos processos internos, produção de indicadores de desempenho em tempo real, padronização e garantia da qualidade da informação. (**Anexo A**).

O SIHA tem a finalidade de garantir a integração on-line com outros sistemas utilizados pela instituição. No ato do cadastro do paciente, na triagem geral, uma recepcionista alimenta o sistema com os dados pessoais do paciente. A coleta das variáveis sociodemográficas do perfil dos homens hospitalizados foram as seguintes: estado civil, ocupação, escolaridade, classe socioeconômica, religião, procedência, cor da pele, faixa etária, peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).

Esses dados são armazenados por cinco analistas de sistemas, como, por exemplo, a ficha cadastral, as movimentações de admissão e alta, números de procedimentos cirúrgicos semanal, mensal e anual, entre outros dados.

A coleta dos dados dos pacientes no SIHA teve média de 30 minutos de duração totalizando em média 1.020 horas

4.5 A análise e organização dos dados

No tocante a abordagem mista, cabe destacar que os dados quantitativos foram submetidos à análise de estatística descritiva simples e porcentual. Os dados estão organizados em organograma, gráficos, tabelas e quadros com auxílio do programa Excel 2007.

A análise dos dados gerados pela tipologia dos cuidados de enfermagem foram organizados e ordenados em grupos com base em suas relações e apresentados em quadros.

No tocante dos dados qualitativos foram utilizados a análise de conteúdo temática, agrupados, classificados em categorias temáticas e organizados em torno de cinco polos cronológicos a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação (BARDIN, 2008)

A pré-análise é o período de organização e possui três etapas: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Foi decomposta nas seguintes etapas: leitura flutuante que consistiu em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo a constituição do corpus, que é organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade como: exaustividade que contempla todos os aspectos levantados no roteiro representatividade, que obedeça a representação do universo pretendido e homogeneidade, que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas, interlocutores e pertinência.

Os documentos analisados foram adequados ao objetivo do trabalho e a exploração do material consistiu essencialmente na operação de codificação.

A análise temática trabalhou primeiro, com o recorte do texto em unidades de registro, que podia ser uma palavra, uma frase, um tema.

Depois escolheu as regras de contagem que permitiu alguma forma de quantificação e, em terceiro lugar, realizou a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas

ou empíricas. O tratamento e interpretação dos resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Operações estatísticas simples permitiram estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensaram em relevo as informações fornecidas pela análise. Para o rigor metodológico, os resultados foram submetidos a teste de validação.

Nas entrevistas foram realizadas análises iniciais assim que as mesmas eram encerradas, fazendo também o cruzamento com os aspectos descritos no diário de campo. Para cada uma destas análises despendia-se em torno de três horas por dia.

Quando foi percebida uma redundância nas informações, constatou-se a saturação dos dados, ao ser confirmada a saturação da compreensão do fenômeno da pesquisa, evidenciou-se a conclusão da coleta de dados quando ocorreu a saturação dos dados.

Em outro momento de análise, todas as entrevistas foram lidas e relidas cuidadosamente para o reconhecimento e extração dos dados brutos, verificando e sublinhando a relação com os objetivos do estudo para esta atividade.

Os dados que atendiam aos objetivos do estudo foram identificados e agrupados permitindo, com isto, uma categorização central, o cotidiano na ótica dos homens com base nos achados emergentes dos depoimentos dos homens, emergindo nove subcategorias, a saber, informação quanto a traqueostomia, aparência e auto-imagem do homem, vida íntima do homem com traqueostomia, outras atividades cotidianas, informação sobre manter a cânula limpa, dentre outras subcategorias.

Para analisar os dados utilizamos também software Atlas.ti versão 6.0 de 2009. É uma ferramenta de análise de dados qualitativos que ajuda no gerenciamento dos dados de diferentes tipos de documentos, como textos, áudios, imagens, e vídeos.

Apresenta quatro princípios norteadores para análise como: a visualização, a integração, a casualidade e a exploração; e alguns elementos constitutivos tais quais; a unidade hermenêutica, os documentos primários, as citações, os códigos, as notas de análise, e os comentários (BANDEIRA DE MELLO, 2006)

Para atender ao rigor científico do estudo, optamos pelo software Atlas.ti por ser uma ferramenta de análise de dados qualitativos facilitar no gerenciamento e na interpretação dos dados, em uma única unidade hermenêutica de modo informatizado, dispensando marca-textos, papel cola e tesoura. O Atlas.ti não reduz o papel e a importância do pesquisador no processo de

interpretar e analisar, apenas facilita sua operacionalização, pois, auxilia nas análises profundas, facilitando a localização de múltiplos dados simultâneos

Realizou-se a análise de conteúdo do tipo temática com o auxílio do software Atlas.ti versão 6.0 por meio de identificação das unidades de significação (citação ou quote) e atribuição de um rotulo (código ou code).

Dessa forma codificamos todas as citações pertinentes ao objetivo da pesquisa, no decorrer de todo o processo, sempre criando os comentários para os documentos, as citações, os códigos e as notas de análise que ajudou na análise.

Primeiro criou um projeto (Unidade Hermenêutica) foi inserido todo o arquivo coletado na pesquisa como: as entrevistas e a observação sistemática pelo diário de campo, iniciando o processo de codificação registrou-se comentário complementar a respeito do elemento ao qual está vinculado um código, as informações em comentários serviu no decorrer das análises. As mensagens foram salvas por páginas - cada página foi salva em um arquivo – com extensão em “doc” para serem abertos no editor de textos Word.

A segunda fase já acontece dentro do Atlas.ti que caracteriza pela análise textual ou codificação. Seguindo a criação do projeto os documentos primários foram às entrevistas com os homens e tratados no Word. Após a associação dos documentos, passamos, então, para a fase de criação dos elementos necessários para análise de dados: códigos, citações, memórias auxiliares, partindo para o estabelecimento de ligações entre os elementos.

Durante a leitura do material, criou-se os códigos e as citações, esse processo foi realizado com a leitura atenciosa de cada mensagem, tendo como base o objetivo da pesquisa. Foram criados 103 códigos e 87 citações com os dados das entrevistas. Esses valores foram gerados pelo software de quantas vezes um código parece no documento analisado.

Diante da análise, foi possível mapear as categorias de cuidados que emergiram dos pacientes, através das entrevistas e da observação pelo diário de campo.

No diário de campo da pesquisadora, emergiram na análise dos dados oito estudos de casos clínicos que estão apresentados em forma descritiva os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens e os resultados.

4.6 Critérios de confiabilidade e rigor científico

A confiabilidade dos dados na pesquisa refere-se à estabilidade dos dados ao longo do tempo e diferentes condições. Pode-se dizer que a credibilidade nos estudos qualitativos é para a validade o que nos estudos quantitativos o que a confiabilidade é para a confirmação (POLIT, 2004). Nesse estudo, foram utilizados dois critérios de confiabilidade, tais como: a técnica de triangulação e a conferência com duas especialistas da área, que ofereceram o retorno sobre a qualidade e interpretação dos resultados.

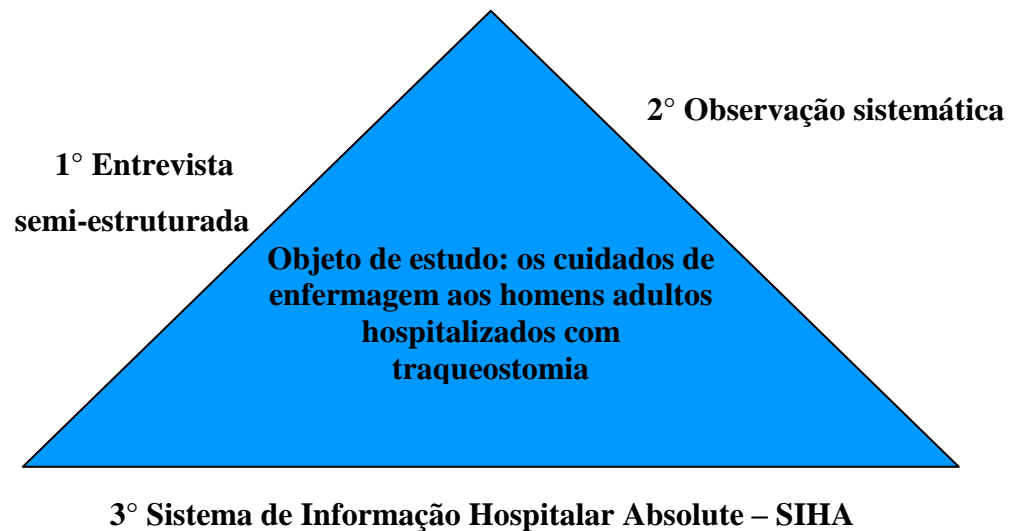


Figura 2. Técnica de triangulação.

A triangulação é uma técnica para reforçar a confiabilidade. O rigor científico na pesquisa é o uso de vários referenciais múltiplos para tirar conclusões sobre o que constitui a verdade. Existem quatro tipos de triangulação: da fonte de dados; do investigador; da teoria; do método (POLIT, 2004). Nesta pesquisa foi utilizado a triangulação do método, que significa usar vários métodos para abordar um problema de pesquisa, por exemplo, observação, entrevistas e coleta em banco de dados.

4.7 Aspectos éticos

Tendo em vista a grande importância da ética no desenvolvimento de pesquisas que envolvem seres humanos e, desta maneira, incluindo as pesquisas realizadas na área da

enfermagem, tomamos os devidos cuidados no estudo, respeitando os princípios éticos abordados pela Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde.

Seguindo também o Código de Ética de Enfermagem aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 1993 os dados foram produzidos sob assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos sujeitos da pesquisa. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice D**) foi apresentado e foi realizada a leitura no primeiro encontro no cenário hospitalar. A proposta do estudo foi informada aos sujeitos no momento do convite para participar do estudo. Foi explicado, também, o direito de desistência durante a pesquisa e sobre a posterior divulgação dos dados produzidos, por meio da apresentação de trabalhos em eventos científicos e divulgação em artigos e livros.

Os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos foram mantidos arquivados sob guarda da pesquisadora responsável pelo estudo por um período de cinco anos conforme preconiza a resolução 196/1996.

Para proceder à coleta de dados, foram necessários contatos com a direção médica e de enfermagem da instituição escolhida para apresentar o estudo e a autorização para a coleta de dados. Na sequência, submetemos o projeto de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme determinam as normas estabelecidas pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

O CEP-INCA, em 18 de março de 2011, emitiu um memorando no qual mencionava a aprovação do projeto de pesquisa, porém informava pendências para a aprovação do TCLE, da Resolução 196/96. Depois de cumpridas as exigências quanto às pendências, o CEP-INCA concedeu a autorização, aprovando o projeto e o TCLE em abril de 2011 sob registro CEP nº 14/11 (**Anexo B**).

Houve demora entre a entrada do processo no Comitê de Ética do Instituto Nacional de Câncer em 11/02/2011 com atendimento de exigências e a liberação final para autorizar a coleta de dados em 04/04/2011. Diante disso, tivemos a necessidade de solicitar prorrogação para a defesa final da dissertação, alterando o cronograma para a conclusão da pesquisa.

Com a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, ficou firmado o compromisso de manter a privacidade e a confidencialidade das informações coletadas e utilizadas no estudo, bem como garantir integralmente o anonimato dos pacientes.

Como pesquisadora, apresentei-me como enfermeira aos homens sujeitos da pesquisa interessada na melhoria das suas condições de saúde, cuidados e tratamento, expunha o estudo, solicitando a colaboração e participação. Para cada paciente, entregamos o TCLE que foi assinado em duas vias, uma delas foi entregue ao paciente e a outra, arquivada.

No dia 30 de setembro 2011 foi enviado ao CEP-INCA o primeiro relatório de andamento da pesquisa. O segundo e último relatório foram entregues em março do 2012.

O parecer com os critérios de validade e confiabilidade dos resultados do estudo encontra-se no (**Apêndice E**).

Capítulo 5 _____ **Perfil Socioeconômico dos**
Homens Hospitalizados com Traqueostomia por Câncer na Laringe

Particularidades

Não somos seres estáticos e, no entanto, somos
convocados para ser
exatamente quem nós somos.
Nosso código genético específico, nossas
influências paternas, nossa educação,
nossos amigos, nosso trabalho,
nosso histórico total de experiência –
todos esse são as particularidades
pelas quais nos tornamos quem
somos agora.

Quando verdadeiramente reconhecemos e
abraçamos esse particularidades,
estamos dando uma contribuição profunda.
Estamos conscientemente
aceitando nossos limites, mesmo
quando eles continuam a mudar. Isso é tanto
solene quanto agradável.

(Gunilla Norris, 2007)

Os resultados e a discussão dos dados são apresentados nos próximos capítulos. O perfil socioeconômico dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe foram abordadas questões relacionadas as seguintes variáveis: estado civil, ocupação, escolaridade, renda, religião, procedência, cor da pele dentre outros, dados importantes para a construção dos cuidados de enfermagem.

Casos múltiplos de homens hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe identificamos os principais problemas de saúde e de cuidado com o homem no ambiente hospitalar, estabelecendo metas e planejando os cuidados de enfermagem promovendo melhores condições de saúde, de cuidado e bem-estar.

O cotidiano na ótica dos homens, após a análise dos dados gerados emergiram nove subcategorias temáticas mais específicas consideradas pelos sujeitos entrevistados como: informação quanto a traqueostomia, aparência e auto-imagem do homem, vida íntima com traqueostomia, dentre outras.

Os cuidados recebidos pelos homens com traqueostomia tiveram como base a tipologia dos cuidados no qual observamos a frequência dos cuidados recebidos.

E na sequência foram elaborados quatro temas transversais interligados que emergiram dos resultados da pesquisa como produtos da dissertação, a saber:

1. Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: implicações para a enfermagem.
2. Homens hospitalizados com traqueostomia e as maneiras de cuidados de enfermagem
3. A sexualidade humana e implicações no cuidado aos homens: proposta para reflexão
4. O cuidar e os cuidados de enfermagem ao paciente adulto oncológico com traqueostomia de urgência

O perfil do homem traqueostomizado deve ser destacado para que se percebam 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 (NASCIMENTO, 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) entre outros dados.

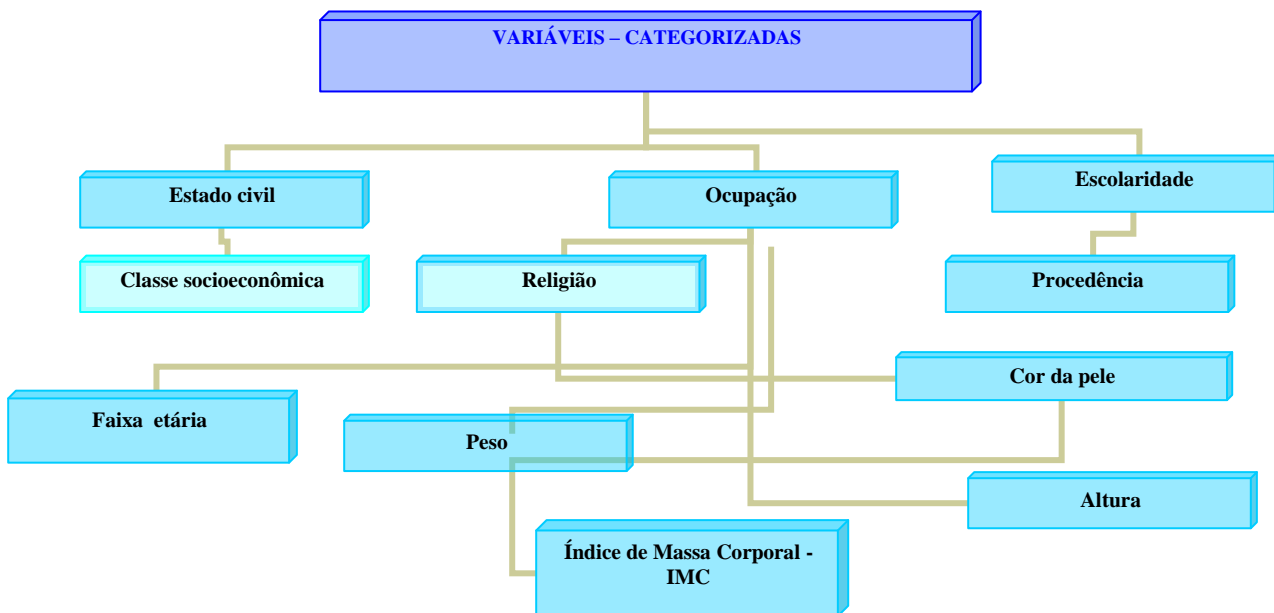


Figura 3 - Organograma que demonstra as variáveis dos dados gerados

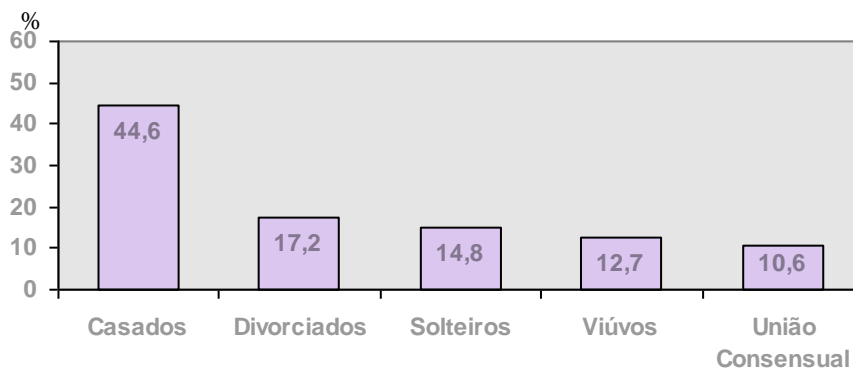


Gráfico 1- Estado civil dos homens hospitalizados

Com relação ao estado civil dos homens com traqueostomia por câncer na laringe, evidenciou-se que 21 eram casados (44,6%); 8 divorciados (17,2%); 7 solteiros (14,8%); 6 viúvos (12,7%); 5 viviam em união consensual (10,6%). 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 enfrentamento 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.

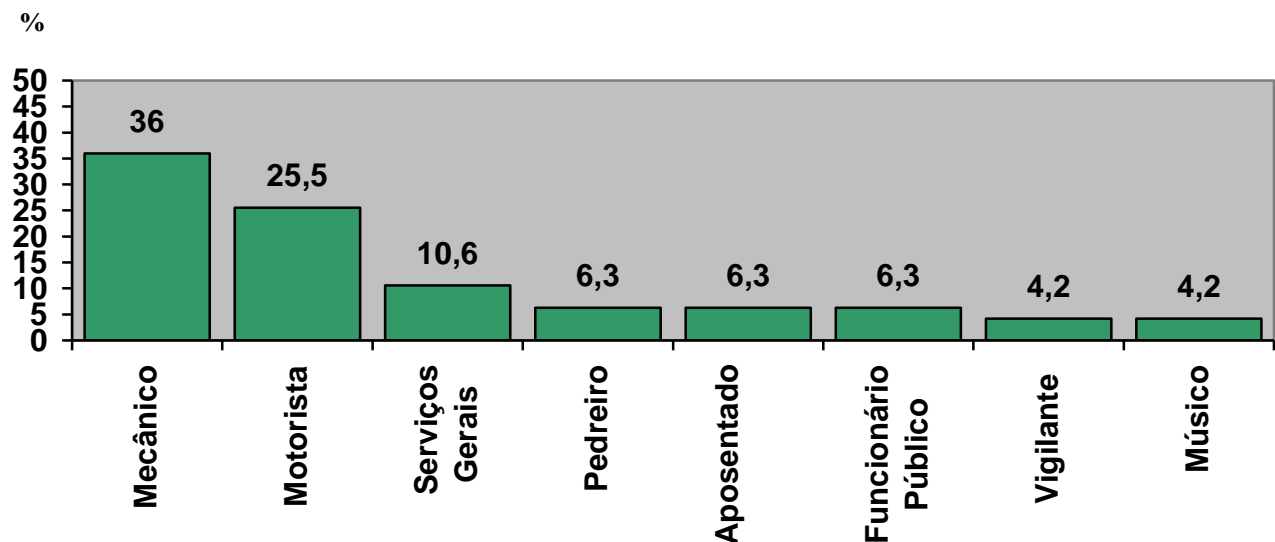


Gráfico 2 - Ocupação dos homens hospitalizados

No que tange à ocupação dos homens do estudo, 17 eram mecânicos (36%), 12 motoristas (25,5%), 5 trabalhavam em serviços gerais (10,6%) 3 pedreiros, 3 aposentados e 3 funcionários públicos (6,3%) 4 eram vigilantes e músicos (4,2%). Baseado nos resultados do estudo torna-se necessário planejar e implementar 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.

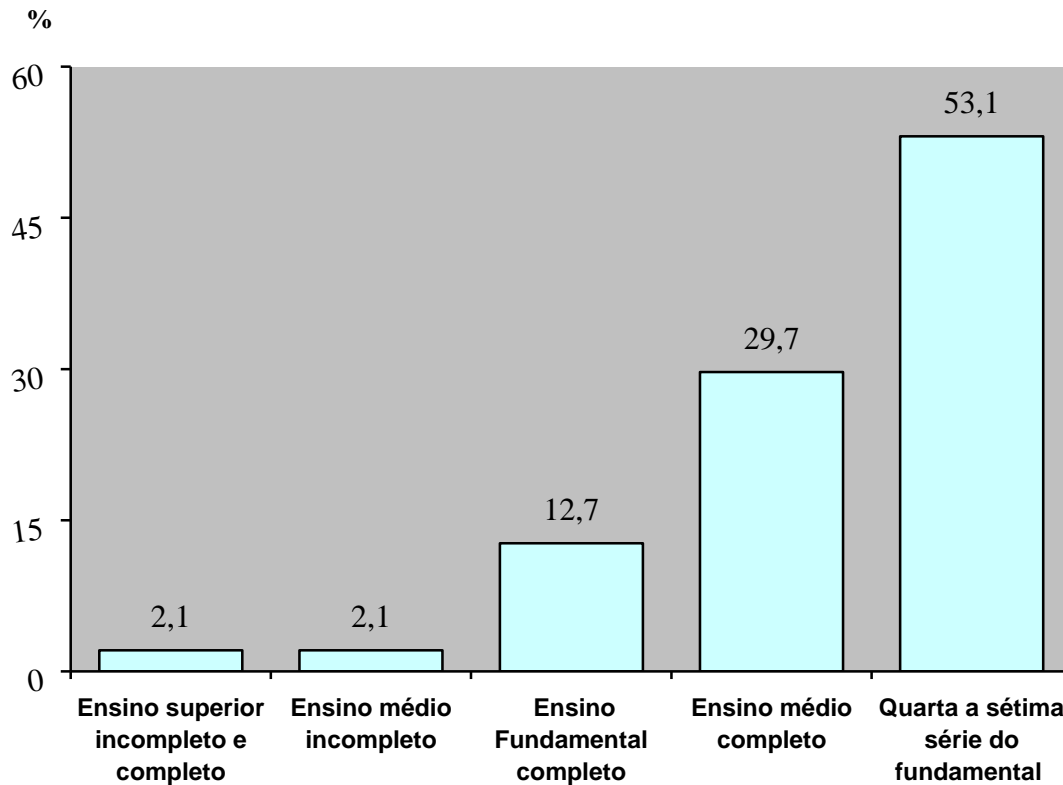


Gráfico 3 - Escolaridade dos homens com traqueostomia

Com relação à escolaridade dos homens, 25 tinham da quarta a sétima série fundamental (53,1%); 14 ensino médio completo (29,7 %), 6 ensino fundamental completo (12,7%), e 1 ensino médio incompleto (2,1%) e 01 ensino superior incompleto e completo (2,1%). A investigação sobre a temática mostra a menor escolaridade dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia que receberam os cuidados de enfermagem, dessa forma, a necessidade de fornecer os cuidados usando estratégias de ensino de maneira clara e concisa torna-se fundamental.

Estudos demonstram, que devemos 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 analfabetismo 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.

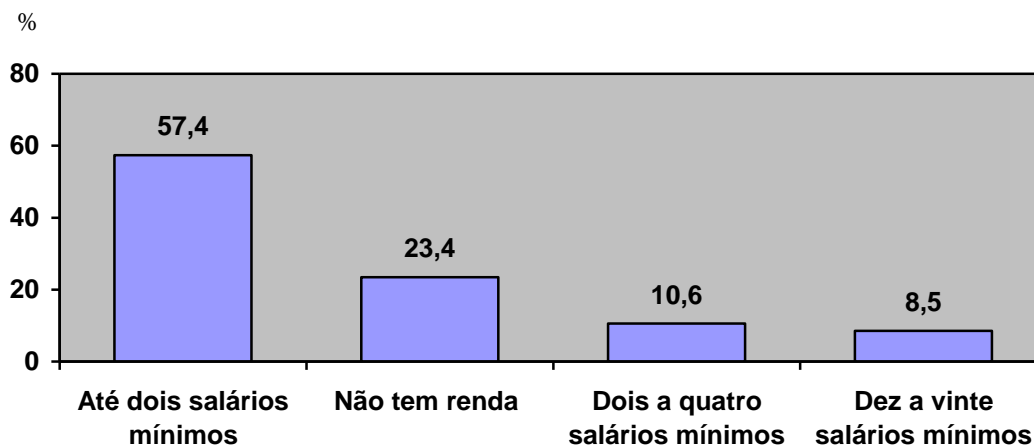


Gráfico 4- Classe socioeconômica dos homens hospitalizados

Em relação à classe socioeconômica, 27 homens (57,4%) recebiam até 2 salários mínimos, que segundo o (IBGE 2010) corresponde à classe social E, e 11 homens (23,4%) não tinham renda; 5 (10,6%) recebiam, entre 2 e 4 salários mínimos, o que representa a classe social D; e 4 homens (8,5%)

recebiam, entre 10 e 20 salários mínimos e representada a classe B. A classe A corresponderia 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.

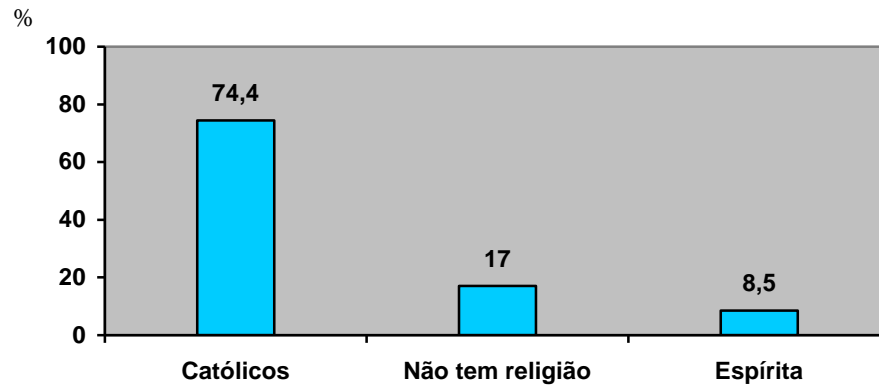


Gráfico 5 - Religião dos homens hospitalizados com traqueostomia

Quanto à religião, 35 eram católicos (74,4%), 8 não tinham religião (17%), e 4 eram espíritas (8,5%). Nessa perspectiva, devemos oferecer o cuidado focando a religiosidade individual do homem, valorizando a fé e a crença de cada um.

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 vivenciam 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.

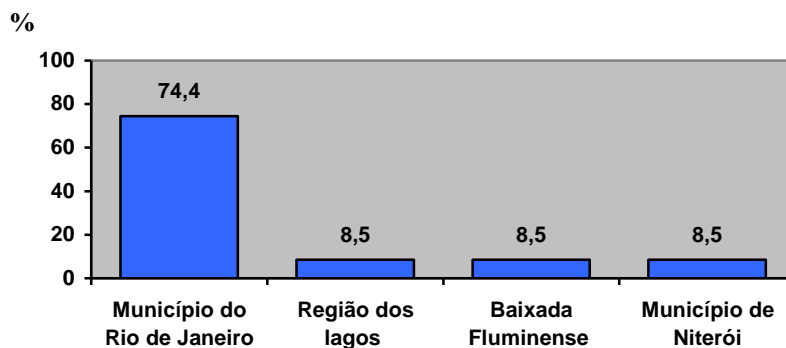


Gráfico 6 - Procedência dos homens com traqueostomia

Quanto à procedência dos homens, constatou-se que 35 (74,4%), eram procedentes do município do Rio de Janeiro, 4 da Região dos Lagos, 4 da Baixada Fluminense e 4 do município de Niterói (8,5%). 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 (26,4%) moram em municípios fora do Rio de Janeiro e, portanto, tendem a percorrer uma distância maior quando se deslocam 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.

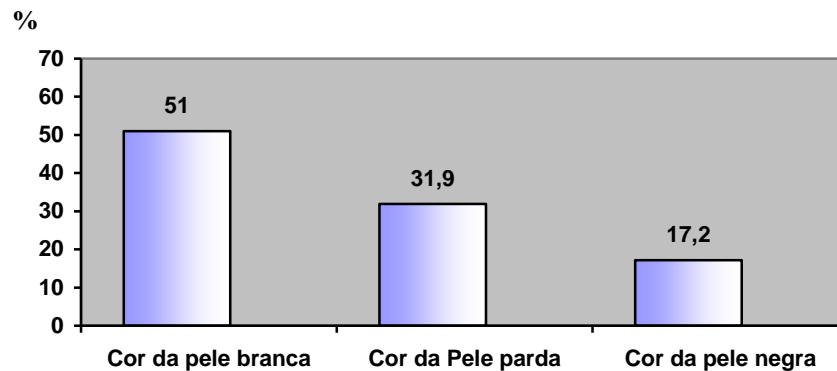


Gráfico 7 - Cor da pele dos homens hospitalizados com traqueostomia

Com relação à variável cor da pele no grupo dos homens, 24 eram da cor de pele branca (51%), seguidos 15 da cor parda (31,9%) e 8 da cor negra (17,2%). 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 eram homens da cor de pele branca.

Tabela¹ 1 Frequência da faixa etária dos homens hospitalizados com traqueostomia, RJ – 2011.

<i>Variáveis Quantitativas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>Idade em anos</i>	<i>N°</i>	<i>(%)</i>
41 – 50	04	8,5
51 – 60	24	51,0
61 – 70	14	29,7
71 - 80	05	10,6
Total	47	100

Fonte: ¹Tabelas construídas de acordo com as normas técnicas ditadas IBGE-1993

Na tabela 1, observa-se a porcentagem para faixa etária de homens com média de 61-70 anos (29,7%), seguida de 51-60 (51%). Esses resultados vêm ao encontro do 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 esse achado 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 idéia 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 (Op.Cit. 2006).

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, conforme mencionados por Carvalho (2001), 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 implementar 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 os dados referentes 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 (Quadro 1). 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.

Quadro 3 - Segundo Índice de Massa Corporal Classificação do estado nutricional de adultos de 19 a 65 anos

Referências	Diagnósticos
Abaixo de 18,5	Baixo Peso
Entre 18,5 e 24,9	Peso normal
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30,0 e 34,9	Obesidade grau I
Entre 35,0 e 39,9	Obesidade grau II
Entre 40,0 e acima	Obesidade grau III

Fonte: World Health Organization – OMS, 1995 e 1997

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, exposto, ilustrativamente, no déficit de altura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Tabela 2

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.

<i>Variáveis Quantitativas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>IMC</i>	<i>N°</i>	<i>(%)</i>
Eutróficos	24	52,0
Desnutrição	05	11,0
Grau I Leve	01	2,9
Grau II moderada	----	-----
Grau III severa	03	8,9
Sobrepeso	13	28,0
Obesidade I	01	2,9
Obesidade II	----	-----
Obesidade III	----	-----
Total	47	100

Quanto à análise na frequência do IMC, observou-se maior prevalência na amostra estudada de homens eutróficos, contudo, percentuais relevantes de desnutrição, desnutrição severa grau III e sobrepeso também foram encontrados (Tabela 2).

A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) dos homens categorizou-se segundo a recomendação de 1995 (OMS). Constatou que 24 eram eutróficos (52%), 5 estavam com desnutrição (11%) e 3 com desnutrição grau III severa (8,9%) e 1 desnutrição grau I leve (2,9%), 13 tinham sobrepeso (28%) e 1 obesidade grau I (2,9%).

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 de enfermagem 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 de enfermagem que constituem a base do tratamento para a recuperação de saúde da pessoa com sobrepeso.

Nesse panorama, com o perfil dos homens hospitalizados com traqueostomia, que 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 de enfermagem com enfoque no perfil desses homens.

Por outro lado, conhecer as condições socioeconômicas dos homens hospitalizados possibilita traçar metas para o cuidado individualmente e, principalmente, contribuir para a aquisição, a manutenção e estímulo ao autocuidado dos homens para recuperação da saúde.

A seguir, discutiremos o capítulo seis com questões relacionadas ao estudo de casos clínicos dos homens hospitalizados e os cuidados de enfermagem recebidos.

Casos Múltiplos de Homens Hospitalizados com Traqueostomia**Relacionamento**

Para nos tornarmos nós mesmos,
precisamos de outros indivíduos. Somente nos
relacionamentos e pelos relacionamentos nos
tornamos verdadeiramente pessoas.

Sabemos isso desde a infância.
A princípio, aprendemos sobre nossa existência
pelos olhos de nossos pais.
Eles são nossos primeiros espelhos.

È importante reconhecer o quanto precisamos uns
dos outros. Esse reconhecimento remove a ilusão
de que somos criados por nós mesmos. Ele
nos ensina que dar e receber são como inspirar
e expirar – a respiração do relacionamento.

(Gunilla Norris, 2007)

O perfil do paciente nos faz entender quem é esse homem, apresentando suas características pela descrição em formato de estudo de caso.

Segundo Polit (2004), o estudo de caso pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações. É utilizado em pesquisas qualitativas, desenvolvendo-se em uma situação natural, em dados descritivos e que focalizam a realidade de uma forma contextualizada. Para Galdeano et. al. (2003), o estudo de caso é um método que permite aplicação em uma variedade de problemas e contribuiu, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem.

Ressalta-se que o paciente deve ser avaliado de maneira integral e individualizado, considerando os aspectos bio-psico-sociais-espirituais. Constituiu-se uma sequência para a construção dos casos clínicos com base no roteiro instrucional para elaboração de estudo de caso que está constituído de: identificação, resumo dos problemas, fundamentações teóricas, cuidados implementados, e discussão (Op. Cit. 2003).

Nesse sentido, apresentamos, oito casos clínicos de homens hospitalizados com traqueostomia de urgência por câncer na laringe, um quadro resumido dos problemas de saúde, cuidados recebidos e análise com descrição dos cuidados recebidos pelos homens.

Com base nos casos clínicos os cuidados de enfermagem 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 auto-estima; nutrição oral alterada com ingestão menor que as necessidades corporais, associada à incapacidade de ingerir alimentos sólidos causada pela disfagia.

Nesse sentido, os dados chamam atenção para à ausência de uma visão bio-psico-sócio-espiritual 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 audível 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 nº 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 de enfermagem 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 auto-estima.

Assim, os cuidados de enfermagem 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 de enfermagem 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 posicionamento 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 consciênci: 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 n° seis; presença de secreção fina e mucoida, acoplada ao macronebulizador sob oxigenoterapia úmida, afásico, sonda via nasoenteral 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 de enfermagem 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 dieta 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 nº 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 de enfermagem 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 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, estará sozinho. Mesmo tendo o direito por lei do idoso de ter um acompanhante no período de internação, isso deixa a pessoa com auto-estima 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 gastrintestinal, 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 roncos e sibilos, afasia, presença de traqueostomia metálica curta n° seis, acoplada ao macronebulizador sob oxigenoterapia. Apresenta tosse com expectoração de secreção de aspecto mucoide, 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 de enfermagem 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 diminui; 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 auto-cuidado 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 de enfermagem 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 auto-cuidado; 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 auto-cuidado 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 reorganização 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 auto-cuidado, 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. Soroterapia em acesso venoso de veia periférica em membro superior esquerdo, presença de diurese espontânea em fralda; estava sem acompanhante”.

Os cuidados de enfermagem 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 auto-imagem, 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 auto-cuidado, 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 ao 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 exhibe 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 carcinomaespiniceclular, 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 n° 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 de enfermagem 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 auto-cuidado 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 ingestá 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 ingestá 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).

Nesse panorama, como demonstra em detalhes o Quadro 4, os homens apresentados nos casos clínicos de hospitalização com traqueostomia estavam na faixa etária entre 53 e 65 anos. Quanto ao estado civil, quatro eram casados; dois solteiros os outros dois, viúvo e divorciado. As similaridades nas necessidades de saúde e cuidado dos homens são: câncer na laringe, cânula de traqueostomia metálica, afasia, oxigênio úmido sob macronebulizador, hospitalização, sonda de alimentação, comunicação -não verbal realizada por gestos e escrita, hidratação venosa em veia periférica de membro superior, secreção traqueal espessa e amarela.

Por outro lado, cinco dos oito homens eram portadores de doenças crônicas não transmissíveis de importância para a saúde pública como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a *Diabetes Mellitus* acompanhados de sobrepeso e desnutrição proteica calórica.

Quadro 4 - Casos clínicos e intervenções como cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados com traqueostomia

Identificação	Problemas de saúde	Cuidados Recebidos
Caso I Sr. Juarez, 65 anos, negro, casado, aposentado, *TQT há três anos.	DM, HAS, sobrepeso IMC: 28,83, afásico, cânula de traqueostomia, oxigenoterapia comunicação não-verbal.	Educação para a saúde, controlar glicemia, monitorar pressão arterial, fazer inalação e umidificação, aspiração traqueal e vias aéreas, oferecer meios alternativos para comunicação efetiva como, papel e caneta.
Caso II Sr. Roberto, 53 anos pardo, solteiro, mecânico, desempregado, TQT há sete meses.	Emagrecido, IMC 18,84 triste, sons respiratórios com sibilos, cânula de traqueostomia, afásico, expectoração de secreção espessa e amarela, oxigenoterapia, sonda naso enteral, soroterapia em veia periférica, comunicação não-verbal.	Fazer inalação; umidificação, aspiração traqueal e vias aéreas, instalar dieta enteral com cabeça elevada; oferecer meios alternativos para comunicação efetiva, avaliar a permeabilidade do acesso venoso,
Caso III Sr. Arlindo, 64 anos, branco, casado, aposentado, TQT há cinco meses.	HAS, sobrepeso IMC: 25, 91, obeso, cânula de traqueostomia, afásico, secreção traqueal fina e mucóida, oxigenoterapia, sonda naso enteral, soroterapia em veia periférica, edema de membros superiores, monitor cardíaco, e oxímetro de pulso, comunicação não verbal.	Educação para a saúde, pesar em jejum, controlar pressão arterial, fazer inalação, aspiração traqueal e vias aéreas, manter umidificação, controlar gotejamento da nutrição enteral, monitorar evolução involução do edema de membros superiores, checar o funcionamento do monitor cardíaco, monitorar estabilidade vitais, estimular comunicação efetiva.
Caso IV Sr. Alcides, 61 anos pardo, viúvo, mecânico, recebe por auxílio doença, TQT há um mês.	IMC: 14,57 desnutrição severa grau III, sonolento, emagrecido sons respiratórios com sibilos, cânula de traqueostomia, afásico, tosse com expectoração de secreção de espessa de aspecto amarela, oxigenoterapia, sonda naso enteral, soroterapia em veia periférica, sem acompanhante, comunicação não-verbal.	Iniciar terapia nutricional, sentar em poltrona, fazer inalação, aspiração traqueal e vias aéreas, umidificação, estimular tosse e expectoração, incentivar ingestão hídrica, controlar gotejamento da nutrição enteral, manter permeabilidade do acesso venoso, solicitar família, incentivar comunicação efetiva
Caso V Sr. Souza, 64 anos, negro, divorciado, aposentado, TQT há dois meses.	Pêlo facial, eutrófico, apresenta sons respiratórios com roncos e sibilos, cânula de traqueostomia, afásico, oxigenoterapia, tosse com expectoração de secreção mucóide, soroterapia em veia periférica, curativo em membro inferior direito, comunicação não verbal.	Ajudar na tricotomia facial, fazer inalação, estimular deambulação, aspiração traqueal e vias aéreas superiores, umidificação, fazer inalação, controlar gotejamento da soroterapia, trocar curativo de MID, estimular comunicação efetiva.
Caso VI Sr. Fernando, 57 anos, casado, funcionário público, TQT há um mês.	DM, triste, obeso, cânula de traqueostomia, afásico, oxigenoterapia, sonda naso enteral, comunicação não verbal, soroterapia em veia periférica, acompanhada da esposa.	Educação para a saúde, controle glicêmico, estimular deambulação, aspiração traqueal e de vias aéreas superiores, fazer inalação, estimular tosse e expectoração, lavar a sonda após a nutrição enteral, inserir esposa no plano de cuidados diários.
Caso VII Sr. Oliveira, 54 anos, negro, casado, operador de máquinas, TQT há três meses.	DM, IMC: 26,50 sobrepeso, sonda via gastrotomia, cânula de traqueostomia, afásico, comunicação não-verbal, soroterapia em veia periférica.	Educação para a saúde, controlar glicemia, pesa em jejum, proteger o ostoma da sonda com película protetora, fazer inalação, umidificação, orientar deambulação, iniciar comunicação efetiva, controlar gotejamento da hidratação venosa.
Caso VIII Sr. Vicente, 55 anos, solteiro, mecânico, segurado, TQT há dois meses. *TQT - Traqueostomia	IMC: 17,80 desnutrição grau I leve, emagrecido, pêlos faciais, sons respiratórios com roncos e sibilos, cânula de traqueostomia, acolchoado de gaze saturada de secreção espessa de coloração amarela, oxigenoterapia, sonda naso enteral, soroterapia em veia periférica.	Começar terapia nutricional, ajudar na tricotomia facial, fazer inalação, sentar em poltrona, aspiração traqueal e de vias aéreas superiores, fazer inalação, manter umidificação, estimular ingestão hídrica, trocar gaze saturada de secreção, controlar gotejamento da nutrição enteral, manter acesso venoso periférico pérvio.

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, fístulas 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 & 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 & 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 psicossocial 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.

A seguir abordaremos o capítulo sete

Jogo da verdade

A verdade é um labirinto.

Se digo a verdade inteira,
se digo tudo o que penso,
se digo com todas as letras,
com todos os pingos nos is,
seria um deus-nos-acuda,
fabrico a caixa com vento,
palavras e desequilíbrio,
e para fechá-la
com tudo o que leva dentro,
basta uma gota de tempo.

O que é que você quer
esconder na minha caixa?

(Roseana Murray, 2011).

Longe de ser mera repetição, o cotidiano no cuidado de enfermagem 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 eles 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. A seguir apresentaremos as subcategorias.

Subcategoria 1 - 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 auto-imagem. 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 tranqüilo, porque eu não conseguia mais dormir que era muita faltar 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 dispnéia 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 evidencia 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 fizeram 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.

Subcategoria 2 – Aparência e auto-imagem do homem com traqueostomia

A auto-imagem, pode ser o reconhecimento que fazemos de nós, como sentimos as nossas potencialidades, sentimentos, atitudes e idéias, a imagem e a idéia 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 auto-imagem 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 auto-imagem 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 auto-imagem 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 auto-imagem 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 auto-imagem 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 (HANNICKEL, et al 2002).

O enfrentamento dependerá dos recursos pessoais como: saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, auto-estima, 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 auto-imagem inicia-se logo após o procedimento de traqueostomia, ainda no ambiente hospitalar.

Para Coelho 2007, cuidar da auto-imagem 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 auto-imagem 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 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 continuaram 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 auto-imagem 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 sócio-antropológicos 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 idéia que se encontra presente. Tal associação pode constituir um dos fatores que contribuem para a auto-percepção 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 auto-imagem, 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 reduzirem 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, á 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.

Subcategoria 3 – 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 auto-imagem 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 sócio-culturais.

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 auto-imagem 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 traqueostomia 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.

Subcategoria 4 – 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 biscoite, não parei de trabalhar [...] Antonio.

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

[...] *Levei a vida normal, saia 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 e pesado, os serviços mais pesado, eu cancelei*’

Subcategoria 5 – 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 controvérsias 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 enxaguar. 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 reinsertada 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 auto-imagem, auto-estima 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.

Subcategoria 6 – Informação sobre a 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 buraquinho 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 saia...*’. 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 auto-estima. 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.

Subcategoria 7 – Banho de aspersão via chuveiro 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 e 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 aspensão com a traqueostomia, os impasses, angústias e temores, poderão ser solucionadas se forem preparados para tais encontros.

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 à 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 irritem 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 idéia 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 o biotène e limpar a boca antes da traqueostomia.

Fornecimento da solução bucal de biotène, por definição é uma solução bucal enxaguante anti-séptico que contém um complexo sistema de enzimas bio-ativas, glicose oxidase, lactoperoxidase e lisozima, mais lactoferrina, que ajudam a proteger os dentes e gengivas. 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 conseqüências 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 auto-estima, 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 biotène 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 biotène [...] 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 anti-séptica 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 anti-sépticas 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’*.

Subcategoria 8 - 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 cartinha 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 imprescindíveis 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.

Subcategoria 9 - Informação sobre tosse, umidificação oxigenação 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, traquéia 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 traquéia, o ar pode se mover nesta passagem durante a contração (DESALU 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 saia 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 a 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 e 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 nebulização? 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 dispnéia. 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 é 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 está 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 fala 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 enfermaria 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 enfermeira

tais como: quantidade, viscosidade, odor, e coloração. O aspecto, odor e a coloração podem indicar um processo infeccioso instalado.

A manutenção de vias aéreas p rvea 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 cânula traqueal vai causar obstrução, impedindo a passagem de ar. A freq ncia 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 p rvea   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 intera o 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 participa o ativa no cuidado.

[...] Aspirar e para colocar para fora  , foi feito, justamente. Eu não sabia se era direto. Foi feito aspiração fez uma vez. Se aquilo era direto não tive informa o [...] 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 l  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 coloca o 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 8 _____ **Os Cuidados Recebidos pelos Homens
Hospitalizados com Traqueostomia**

O valor das coisas não está no tempo
em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.

Por isso, existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.
Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter,

repugna-la-íamos, se a tivéssemos.
O perfeito é desumano,
porque o humano é imperfeito.

(Fernando Pessoa)

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

Esse capítulo visa organizar, analisar e evidenciar a frequência dos cuidados de enfermagem no cotidiano de uma unidade de internação oncológica.

O quadro a seguir apresenta a frequência dos cuidados de registros de informações sobre os cuidados recebidos pelos homens.

Quadro 5 – Frequência dos cuidados de registros

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
De registrar e anotar	26	76,5
De admitir	03	8,8
De passagem das informações	11	32,3
Descrito no prontuário eletrônico ou impresso	04	11,7
Das informações na passagem de plantão	02	5,9

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. Cabe ressaltar, que o cuidado das informações na passagem de plantão (5,9%) não está sendo colocado como eixo principal, mas se sabe que o registro favorece o acompanhamento no resultado do cuidado oferecido ao paciente. Nesse sentido, torna-se fundamental registrar as necessidades de saúde afetadas do homem com traqueostomia relacionada ao sistema respiratório, pois as anotações direcionarão a implementação do cuidado e a resolução efetiva das necessidades afetadas, proporcionando a recuperação de saúde do paciente.

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 deve-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.

Por outro lado, o cuidado de registrar, anotar (76,5%), apresentou destaque, pois houve cuidado no registro dos resultados e das reações do paciente, que podemos exemplificar, na verificação dos sinais vitais, no resultado do teste de glicemia, na aceitação da alimentação e na informação quanto ao jejum para procedimentos cirúrgico, de exames radiológicos e de sangue, entre outros cuidados.

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.

Quadro 6 – Frequência dos cuidados de higiene dos homens

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
De higiene do corpo	12	35,2
De higiene oral	10	29,4
De lavagem do cabelo e couro cabeludo	02	5,9
De banho e higiene pessoal com ajuda	06	17,7
De vestir-se e arrumar-se	06	17,7

Atenta-se para o cuidado na frequência de higienizar o corpo (35,2%), e da lavagem do cabelo e couro cabeludo (5,9%) 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.

Enfatizam 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, deve-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 deve evitar odores e baixa-auto estima.

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.

Quadro 7 – Frequência dos cuidados no controle na alteração do organismo

Cuidados (s)	Frequência (n^o)	Porcentagem (%)
De equilibrar o organismo	11	32,3
Dos líquidos corporais que saem e entram no corpo	04	11,6
Dos procedimentos invasivos	06	17,6
Do controle da hemorragia	03	8,9
Da terapia endovenosa	05	14,8
Do local de incisão da cirúrgica	11	32,3
Das sondas, drenos e cateteres.	19	55,9
Do preparo cirúrgico pré,trans e pós	03	8,8
Do controle de gotejamento	09	26,5
Do controle da eliminação urinária espontânea	09	26,5
De verificar e monitorar os sinais vitais	28	82,3

O cuidado de verificar e monitorar os sinais vitais (82,3%) e o preparo cirúrgico pré, trans e pós (8,8%), também apresentam questões para reflexão, pois o cuidado para a cirurgia está presente no cotidiano do cuidado de enfermagem recebido pelos homens com traqueostomia. Apesar do baixo índice desse cuidado, os homens em alguns casos estavam internados para procedimento cirúrgico, como as laringectomias 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 recebido 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 intra-operatória 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.

Cabe ressaltar que o cuidado de verificar e monitorar os sinais vitais dos homens com traqueostomia apresentou uma frequência significativa (82,3%), por ser 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.

Quadro 8– Frequência dos cuidados na escuta ativa

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Com simpatia	18	64,3
De receber explicação de qualquer cuidado de enfermagem	17	60,7
De ouvir	20	58,8
De assistir	27	79,4
De orientar	21	61,8
De interagir	18	64,3
De ouvir ativamente, prestar atenção, agregar sentido às mensagens verbais e não verbais	24	70,6

Observa-se que os cuidados de assistir (79,4%) e de ouvir (58,8%) apresentam uma pequena 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, a fim de atender às necessidades biológica, física, psicológica, social e espiritual e alcançar um cuidado integral, que valorize o homem hospitalizado como ser pensante.

Quadro 9 – Frequência dos cuidados à pessoa

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
De considerar o gênero masculino	13	38,3
De lidar com as prioridades masculinas	07	20,6
De se colocar no lugar do outro	02	3,6
De chamar pelo nome próprio	09	26,5
De respeitar a individualidade	09	26,5
De ter amor	05	14,7
Da parte legal, ética e dos direitos humanos	03	8,8
De apoio emocional	04	11,6
De proteção dos direitos do cliente	04	11,8
De redução da ansiedade expressa	03	8,8
Inter-pessoais	09	26,5
Proxêmico	24	70,6
Tacêsico	22	64,7
Cinésico	20	58,8

Observa-se que as frequências do cuidado proxêmico (70,6%) e de colocar-se no lugar do outro (3,6%) apresentam uma diferença significativa. 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 de enfermagem 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).

Nesse sentido, 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.

Quadro 10 – Frequência dos cuidados a família e amigos

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Dos amigos do cliente	10	29,4
Da sua família	22	64,7
De vidas modificadas-retratos de famílias	18	53,0
De suporte à família	14	41,18
Das pessoas que o paciente gostaria que tivessem informações suas	02	5,9

Chama atenção o cuidado das pessoas que o paciente gostaria que tivessem informações suas (5,9%) 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 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. Um 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.

Nessa perspectiva, a prática dos profissionais que trabalham com câncer de cabeça e pescoço, em especial pacientes 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 enxergar a família como paciente e foco do cuidado de enfermagem.

Nesse panorama, 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.

Quadro 11 - Frequência dos cuidados da imagem e auto-imagem alterada

Cuidado (s)	Frequência (n^o)	Porcentagem (%)
Do corpo transformado	25	73,5
Da auto-imagem comprometida	20	58,8
Do corpo íntegro ou de sus partes	19	55,9
Das ostomias	13	38,2

Evidenciou-se que as frequências dos cuidados com o corpo transformado (73,5%) e a ostomia (38,2%) são informações significativas, considerando que o homem portador de ostomia apresenta alteração na imagem e auto-imagem 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 lócus 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 auto-estima e a vida íntima. Incluem-se, também, o cuidado com a pele, que deve ser protegida 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.

Quadro 12 – Frequência dos cuidados de identificar as necessidades humanas

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
De diagnosticar as necessidades humanas básicas	14	41,2
De confortar	17	60,7
De implementar os cuidados necessários	22	64,7
De instituir o tratamento e os cuidados simultaneamente	25	73,5
De risco no agravamento do quadro clínico	06	17,6
De alerta	23	67,6
De mural	25	73,5
De repouso no leito	06	17,6

Chama atenção a baixa frequência do cuidado quanto ao risco no agravamento do quadro clínico (17,6%), e de repouso no leito (17,6%).

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 broncoaspiração de secreção sanguinolenta. Informar o paciente o que está acontecendo para tranquilizá-lo, monitorizar os sinais vitais e verificar a recuperação do paciente.

Por outro lado, o cuidado de repouso no leito (17,6%) caracteriza-se colocar o paciente em repouso com a cabeceira elevada, na posição de fowler, 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.

Quadro 13 – Frequência dos cuidados de identificar os micro-organismos

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Invisíveis da infecção hospitalar	02	5,9
Infecções cruzadas	02	5,9
Lavagem das mãos	04	11,8
Controle de infecção hospitalar	03	8,8
Identificação de risco	09	26,5

O cuidado invisível da infecção hospitalar e infecção cruzada (5,9%) e o cuidado de identificação de risco (26,5%) apresentaram uma frequência baixa que chamou atenção.

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 portanto, desenvolver o hábito de sempre lavar as mãos, usando água e sabão, pois essa é uma estratégia isolada primordial e 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.

Nesse panorama, deve-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 micro-organismos, relacionada à infecção hospitalar no homem hospitalizado, deve-se planejar, implementar e avaliar os cuidados visando o controle de infecção hospitalar e a infecção cruzada.

Quadro 14 - Frequência dos cuidados na prevenção e segurança

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Na prevenção das quedas	10	29,4
Na prevenção de úlceras por pressão em clientes com alto risco de desenvolvê-las	05	14,7
Na prevenção de fatores de risco no cliente com risco de broncoaspiração	26	76,5
No preparo de medicamentos	04	11,8
No controle da hiperglicemia	08	23,5
No controle da hipoglicemia	09	26,5
No controle da dor	07	20,6
Na biossegurança	23	67,6
Na providência de material	26	76,5

A prevenção de fatores de risco do paciente com risco de broncoaspiração (76,5%), providenciar material para o cuidado (76,5%) e preparar medicamentos (11,8%) foram os cuidados de maior ou menor frequência no cotidiano de cuidar do homem com traqueostomia.

Nesse sentido, observa-se que os medicamentos como analgésicos, antibióticos, ansiolíticos, entre outros, chegavam preparados na enfermaria 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 à 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, um 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.

Quadro 15 - Frequência por turnos de cuidados

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Por um dia	02	5,9
Por noturno	22	65,0
Por diurno	25	73,5
Por um plantão	23	67,6

As frequências do cuidado diurno (73,5%) e por um dia (5,9%) apresentam diferenças significantes, 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 naso-gástrica 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).

Quadro 16 - Frequência dos cuidados significativos

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Contingencial	03	8,8
Contínuo	20	58,8
Dinâmico	05	14,7
Expressivo	05	14,7
Confortável	17	60,7
Mais frequentes	24	70,6

O quadro 16 mostra a frequência dos cuidados significativos. Os cuidados mais frequentes (70,6%) e o cuidado contingencial (8,8%) apresentaram uma notável diferença. Acredita-se que seja pelo fato do 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 bio-psico-socio-espírito do paciente pode agravar-se. Investe-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.

Quadro 17 - Frequência dos cuidados por vias de alimentação

Cuidado (s)	Frequência (n ^o)	Porcentagem (%)
Por nutrição oral	05	14,7
Por alimentação pela sonda enteral	18	52,9
Por pessoa no ato de alimentar	08	23,5

A frequência dos cuidados por vias de alimentação evidenciou que o cuidado por alimentação pela sonda enteral (52,9%) se destacou em relação à nutrição oral (14,7%) 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 ingestão 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.

Um outro fator importante no cuidado a 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.

Quadro 18 - Frequência dos cuidados na função respiratória dos homens

Cuidado (s)	Frequência (n°)	Porcentagem (%)
Na administração e monitorização de oxigenoterapia	25	73,5
No controle de vias aéreas	24	70,6
Na aspiração de vias aéreas	26	76,5

A frequência dos cuidados da função respiratória do homem hospitalizado com traqueostomia mostrou uma incidência razoável quanto ao controle de vias aéreas (70,6%). O cuidado de enfermagem 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 hospitalizado. Os homens hospitalizados, após observação sistemática, receberam alta hospitalar por apresentarem recuperação da saúde.

Capítulo 9 _____ **Produtos dos cuidados de enfermagem**

É melhor tentar e falhar
que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar fazendo nada até o final.

Eu prefiro caminhar na chuva,
que em dias tristes me esconder em casa.
prefiro ser feliz, embora louco,
Que viver conformado.

(Martin Luther King).

Apresentamos a seguir, quatro temas transversais interligados que emergiram dos resultados como produtos da dissertação. Para (COELHO, 2009) produtos dos cuidados de enfermagem é a construção de conhecimentos e saberes que apontam a criação de produtos como livros, capítulos, protocolos, jornal, agenda, DVDs dentre outros. As maneiras de cuidar proporcionam a criação de produtos, numa construção tecida diariamente. O caminho de criação desses produtos começa quando o paciente se registra e é admitido no serviço de admissão, setor ou enfermaria seguindo um caminho no qual emerge vários cuidados. Construir produtos oriundos dos cuidados em enfermagem é necessário, assim como construir redes de conhecimento e conhecimentos em rede, seja qual for a sua natureza (Op.Cit, 2009).

Diante disso, listamos os títulos dos temas transversais dos produtos dos cuidados de enfermagem.

9.1 Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: implicações para a enfermagem.

9.2 Homens hospitalizados com traqueostomia e as maneiras de cuidados de enfermagem

9.3 Sexualidade humana e implicações nos cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados:

proposta para uma reflexão

9.4 O cuidar e os cuidados de enfermagem ao paciente adulto oncológico com traqueostomia de urgência

Primeiro produtos dos cuidados de enfermagem

9.1 Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: Implicações para a enfermagem.

Resumo

O câncer de laringe é o segundo tipo de câncer respiratório mais comum no mundo e a décima neoplasia mais frequente no gênero masculino. **Objetivo:** Analisar a abordagem sobre a saúde do homem, as masculinidades e sua relação com o câncer de laringe na produção científica nacional, apresentar as características dessa produção, apontar as lacunas existentes e indicar as implicações para a enfermagem. **Método:** Estudo bibliográfico nas bases de dados: SciELO, Lilacs e BDENF. Incluiu artigos que abordavam saúde, masculinidades e câncer de laringe. **Resultados:** Encontrou-se 19 artigos e foram analisados 16. Emergiram três categorias: Masculinidades, epidemiologia do câncer de laringe e sua relação com as masculinidades, saúde do homem e a relação com o processo saúde doença e cuidado. Estudos indicam ações de prevenção e promoção da saúde nos diferentes espaços de cuidado. **Conclusão:** Sugere-se estudos que aprofundem a investigação nestes temas, pois a literatura pulveriza a abordagem.

Descritores: Saúde do Homem; Masculinidades; Neoplasia de Laringe; Literatura de Revisão como Assunto.

Male Health, Masculinities, and the Relation to Laryngeal Cancer: Implications for Nursing

Abstract

laryngeal cancer is the second most common type of respiratory cancer in the world and the tenth most frequent neoplasia among males. **Objective:** to analyze the approach about male health, masculinities and their relation to laryngeal cancer in the national scientific publications, to present the characteristics of such publications, to point out the existing gaps, and indicate the implications for nursing. **Method:** bibliographical study using the following databasis: SciELO, Lilacs and BDENF. Articles about health, masculinity, male health and laryngeal cancer were included. **Results:** nineteen articles were found and sixteen analyzed. Three categories emerged: masculinities, epidemiology of laryngeal cancer, and its relation to masculinities, male health and the relation with the health, disease and care process. Studies indicate preventive actions as well as actions to promote health in different

areas of care. **Conclusion:** studies whose goal is to deepen the investigation of such themes are suggested, since literature pulverizes the approach.

Descriptors: Male Health; Masculinities; Laryngeal Neoplasia; Review Literature as Subject

SALUD DEL HOMBRE, MASCULINIDAD Y LA RELACIÓN CON EL CÁNCER DE LARINGE: LAS IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA.

Resumen

El cáncer de laringe es el segundo tipo de cáncer respiratorio más común en el mundo y la décima neoplasia más frecuente en el género masculino. **Objetivo:** Analizar el abordaje sobre la salud del hombre, las masculinidades y su relación con el cáncer de laringe en la producción científica nacional, presentar las características de esa producción, apuntar las lagunas existentes e indicar las implicaciones para la enfermería. **Método:** Estudio bibliográfico en las bases de datos: SciELO, Lilacs y BDENF. Incluyendo artículos que abordaban las temáticas de salud, masculinidades y cáncer de laringe. **Resultados:** Fueron encontrados 19 artículos y analizados 16. Emergieron tres categorías: Masculinidades, epidemiología del cáncer de laringe y su relación con las masculinidades, salud del hombre y la relación con el proceso salud, enfermedad y atención. Los estudios indican acciones de preservación y promoción de la salud en los diferentes espacios de atención. **Conclusión:** Se sugieren los estudios para investigar más a fondo estas cuestiones, puesto que la literatura pulveriza el abordaje.

Descriptor: Salud del Hombre; Masculinidades; Neoplasia de Laringe; Literatura de Revisión como Tema.

Nota 1 - Esse produto em forma de artigo foi encaminhado, em agosto de 2011 à Revista Cuidada é Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Aprovado para publicação em Janeiro de 2012 encontra-se no prelo.

Introdução

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública mundial. Trata-se de uma doença crônico-degenerativa que afeta várias dimensões da vida humana e causa importante impacto econômico na sociedade, necessitando de tratamento especializado prolongado e oneroso. Além disso, é responsável pela redução do potencial de trabalho humano e perdas de vidas. Para o ano de 2020, são esperados mais de 15 milhões de casos novos de câncer no mundo¹.

No Brasil, atualmente, o câncer representa a terceira maior causa de morte na população masculina. Após as doenças cardiovasculares e causas externas, o câncer assume o segundo lugar como causa de morte. O câncer de laringe ocupa o primeiro lugar em ocorrência entre os tumores de cabeça e pescoço, representando o segundo tipo de câncer respiratório mais comum no mundo, atrás apenas do câncer de pulmão. Este tipo de neoplasia representa 2,8% dos novos casos de câncer em homens no mundo, correspondendo à décima neoplasia maligna mais frequente no sexo masculino¹⁻².

Nesse panorama, em agosto de 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes”, afirmando que 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 destaca que entre os indicadores de mortalidade para a população masculina nacional na faixa etária de 25 a 59 anos, os tumores ocupam o 3º lugar, responsáveis por 43,2% dos óbitos³

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para 2011 eram esperados 236.240 casos novos de câncer para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino¹. Políticas de controle do tabagismo e consumo excessivo de álcool, bem como as vigilâncias de exposições a cancerígenos ocupacionais terão benéficas repercussões no câncer de laringe, mas na literatura não há recomendação para o rastreamento desse tipo de câncer, todavia uma vez realizado o diagnóstico, o tratamento médico imediato influenciará na sobrevivência do paciente². Considerando o contexto da saúde do homem e o câncer de laringe como um problema relacionado, destacamos a importância do entendimento das masculinidades no processo saúde-doença.

No Brasil, os estudos sobre masculinidades começaram a ganhar visibilidade no final da década de 1990, quando alguns estudiosos reivindicaram a necessidade de avançar na questão do masculino e estudos de gênero⁴⁻⁵.

Nascimento⁴ tomou a masculinidade como objeto de estudo, pesquisando homens pobres de um bairro da região metropolitana do Recife, em sua maioria desempregados e vivendo de biscates. Em seu estudo, procurou reconhecer como esses homens vivenciavam no seu cotidiano as experiências

de ser homem. Os resultados apontaram para a recorrência de elementos que constituem o modelo hegemônico de masculinidade. Entre esses elementos se sobressaíram as compreensões de que: o homem tem autoridade, sobretudo no lar; é autônomo e livre frente a outros homens; é forte, não podendo expressar emoções; é o provedor do lar; é heterossexual. Embora suas condições de vida os afastassem de tais elementos idealizados, os homens investigados desenvolviam recursos no sentido de atualizar este modelo. O estudo concluiu que a multiplicidade de formas de se vivenciar a masculinidade é redefinida cotidianamente a partir do modelo hegemônico vigente.

Trindade⁶ defende que existem vários tipos de masculinidades, dependendo da classe, da etnia e de outras características do meio sociocultural em que ela se desenvolve. Em cada ambiente e tempo cultural existe um tipo de masculinidade que se sobrepõe, que atua com mais força, com regras e prescrições a que mais os homens aderem.

Para Cecchetto⁷, o conceito de masculinidade hegemônica propõe mostrar exatamente que os modelos e práticas estão atuantes o tempo inteiro e que é a forma como se dão às relações que determinará qual modelo será mais atuante em um dado momento. A masculinidade legítima e valoriza principalmente a competição, a hierarquia, o individualismo, as proezas sexuais, a força corporal, a racionalidade, a distância emocional, a dominação e a coragem de se arriscar.

Nesse contexto, o **objetivo** foi analisar a abordagem sobre a saúde do homem, as masculinidades e sua relação com o câncer de laringe na produção científica nacional, apresentando as características dessa produção, apontando as lacunas que ainda precisam ser preenchidas, e indicando as implicações para a enfermagem. A partir desse objetivo visamos conferir visibilidade ao que já foi produzido e publicado na temática do cuidado à saúde do homem e do câncer, apresentando as características dessa produção, e apontando as lacunas que ainda precisam ser preenchidas.

Metodologia

Este é um estudo exploratório com abordagem qualitativa, tendo como método a revisão de literatura, a qual adotou os seguintes procedimentos para o levantamento e análise da bibliografia: busca, seleção e análise dos textos.

Através do *site* da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) realizamos um levantamento da literatura científica indexada nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e Base de Dados da Enfermagem (BDENF). O estudo foi realizado no período de março a julho de 2011, com recorte temporal dos últimos 10 anos de publicação.

Para a busca, utilizamos os seguintes descritores de assunto (DECS): homens, saúde, câncer, laringe, e masculinidades. Para a seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir aderência ao objetivo proposto e conter articulação com as temáticas: masculinidades, saúde do homem e câncer de laringe.

Após a busca nas bases de dados, que consistiu na coleta dos dados bibliográficos, foi feita uma leitura exploratória e seletiva dos resultados, que correspondeu a uma leitura rápida do material bibliográfico, a fim de verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa⁸.

Os dados coletados foram organizados com base na leitura criteriosa dos artigos na íntegra. Sequencialmente, organizamos os artigos encontrados em um mapa analítico, contendo os seguintes tópicos: título do artigo, nome do periódico, ano de publicação, metodologia, modalidade, temática, objetivo e conclusões.

Com base nesse mapa, construímos as categorias encontradas e discutimos as tendências da abordagem de cada uma.

Resultados e Discussão dos Dados

Na pesquisa foram encontrados 19 artigos, usando a leitura exploratória dos resumos, fazendo a triagem das informações de interesse após a localização destas, tendo em vista as proposições do estudo; um total de 16 artigos nacionais foram analisados, destacando aqueles que fazem associação com o objetivo do estudo.

A busca na BDENF contabilizou 3 artigos na íntegra. Na LILACS foram encontrados 9 artigos na íntegra e uma tese de doutorado. Na SciELO foram encontrados 5 artigos e uma dissertação de mestrado, todos com textos completos.

A distribuição anual das publicações no período de 2000 a 2010 é demonstrada no Gráfico 1, no qual é possível observar que o número de publicações teve início a partir do ano de 2000, apresentando uma queda até o ano de 2004; depois voltou a crescer a partir do ano de 2005, mostrando-se ascendente e descendente.

O ano de 2005, seguido de 2006 e 2010 foram os anos com maior volume de produções científicas, refletindo um incremento na abordagem da temática nesse período, totalizando 19 publicações.

Nº de publicações de 2000 a 2010

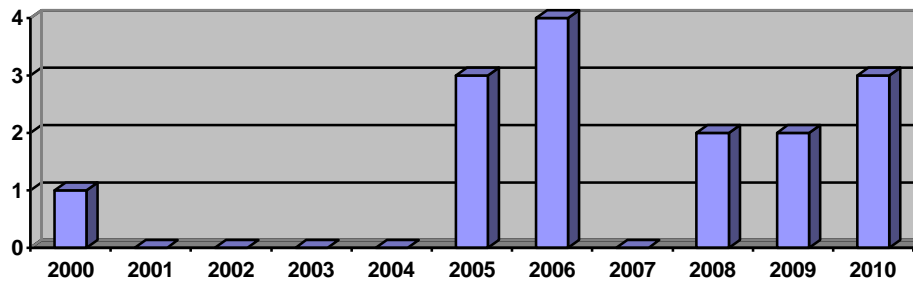


Gráfico 1. Distribuição das publicações no período de 2000 a 2010

Categorias Temáticas

A maioria dos trabalhos apresentou metodologia qualitativa, compreendendo 16 estudos. Após a leitura criteriosa dos resumos e dos artigos na íntegra, emergiram três categorias temáticas, a saber: masculinidades, epidemiologia do câncer de laringe e sua relação com a masculinidade, e saúde do homem e a relação entre o processo saúde-doença-cuidado.

A relação dos periódicos que apresentaram publicações sobre a temática encontra-se listada na Tabela 1, conforme as frequências de publicações.

Tabela 1. Distribuição da frequência das publicações por periódico

Nome do Periódico	Nº
Revista Latino Americana de Enfermagem	01
Caderno de Saúde Pública	02
Revista Brasileira de Enfermagem	02
Revista Cogitare Enfermagem	01
Ciência e Saúde Coletiva	04
Revista Brasileira de Otorrinolaringologia	01
Revista Saúde Pública	03
Revista Odonto Ciência	01
Comunicação Saúde e Educação	01
Total	16

Após análise dos dados, os estudos abrangeram diversas questões concernentes a masculinidades, a saber: homem e câncer de laringe, masculinidades câncer de colón; perfil epidemiológico da mortalidade masculina por câncer de laringe, o processo saúde doença e cuidado. A seguir, trazemos a descrição e discussão dos dados, conforme a organização das três categorias temáticas.

Masculinidades

Esta categoria compreende os assuntos relacionados com as masculinidades o cuidado da saúde na promoção e prevenção de doença, tomando como referência a identidade masculina. Dentre as literaturas selecionadas encontraram-se 3 artigos.

No primeiro artigo pesquisado por meio de dois estudos qualitativos com participação de 27 homens com faixa etária e escolaridade variada, realizado no ano de 2007, demonstraram que independentemente da faixa etária e da escolaridade, as representações de ser homem refletidas nos depoimentos dos sujeitos das duas pesquisas, apontam tanto para um modelo hegemônico da masculinidade quanto para frestas nesse modelo que dão espaço para convivência com outros modelos subalternos do ser masculino. Além disso, revelou-se que as representações de ser homem – subjacente às entrevistas das duas pesquisas – reforçaram o modelo hegemônico de masculinidade que se estrutura por meio dos eixos da heterossexualidade e da dominação⁹.

No segundo artigo, estudiosos na temática da saúde do homem, alertam para a importância da saúde masculina, considerando que eles padecem mais de doenças do que as mulheres e que há relação entre construção da masculinidade e o comprometimento da 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. O reconhecimento de que os homens entram no sistema de saúde por meio da atenção especializada faz com que se perceba a consequência que é o agravamento das morbidades pela ausência de cuidado na atenção básica na saúde masculina, no tocante à prevenção do câncer de laringe¹⁰.

O terceiro artigo analisado é o de Figueiredo, que estudou a relação do exercício das masculinidades com o cuidado em saúde para homens na atenção primária, tomando como referência a identidade masculina. Foram analisados dois serviços de atenção primária à saúde e o estudo identificou uma diversidade de modelos de masculinidades que definem diferentes formas de pensar o cuidado de saúde dos homens.

Além disso, a identidade masculina de gênero passa por diferentes dimensões, as quais devem ser consideradas na apreensão das necessidades e nas práticas de cuidados de saúde empreendidas aos homens. No entanto, os padrões hegemônicos de gênero socialmente construídos criam dificuldades para o cuidado da saúde masculina. Não obstante, a população masculina procura unidades básicas de saúde que embora presente, percebe-se barreiras no uso desses serviços, relacionadas à invisibilidade e a não identificação dos homens com os serviços de atenção primária¹¹.

Os três estudos são unânimes na afirmação de que há uma diversidade de modelos de masculinidades que direcionam diferentes formas de pensar o cuidado à saúde dos homens, tomando como base a identidade masculina.

Epidemiologia do câncer de laringe e sua relação com as masculinidades

Esta categoria aborda os assuntos relacionados à morbi-mortalidade da população masculina por câncer de laringe, enfocando os determinantes sociais e a atuação dos profissionais de saúde no sentido de contribuir para mudanças comportamentais sobre os hábitos de vida dos homens com este tipo de câncer. Dentre as literaturas selecionadas, encontraram-se 7 artigos.

No primeiro artigo desta categoria, em um estudo epidemiológico de análise exploratório de um conjunto de 695 atestados de óbito de homens eletricitários do Estado de São Paulo, desenvolvido no período 1986-1992 através da Razão de Mortalidade Proporcional por Câncer (PCMR), Koifman mostrou um discreto excesso de mortalidade por todas as localizações de câncer (PMR 1,11;), estatisticamente não significativa. Porém foi encontrada elevação da PCMR, estatisticamente significativa para câncer de laringe (PCMR 2,04). Além disso, uma comparação com a mortalidade por câncer de um grupo de trabalhadores petroquímicos mostrou mortalidade elevada por neoplasia de laringe (PCMR 3,51). Segundo o autor, alguns tipos de câncer, para os quais foi observado um excesso de óbitos entre os eletricitários, como faringe e laringe, têm o fumo como importante fator de risco¹².

No segundo estudo de caráter epidemiológico, estudiosos utilizaram dados de mortalidade extraídos de 3.882 de certidões de óbitos e históricos ocupacionais de homens militares da Marinha do Brasil, com idade acima de 19 anos, no período de 1991 a 1995 no Estado do Rio de Janeiro e constataram que a mortalidade por tipo de câncer entre os militares da marinha difere da população geral de referência e se associa a certas ocupações, em cujas populações os fatores de risco para neoplasias necessitam ser avaliados, especificando-se os tipos histopatológicos e também as exposições

ocupacionais. A mortalidade proporcional por câncer de laringe foi elevada (Razão de mortalidade proporcional por câncer RMPC= 3,3)¹³.

Os autores do terceiro artigo desta categoria, Pernambuco *et al*, em um estudo de corte contemporâneo com corte transversal, considerando-se um universo de 452 óbitos por câncer de laringe em residentes do Estado de Pernambuco no período de 2000-2004, extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), revelou pouca variação do coeficiente de mortalidade entre os anos estudados. A mesorregião do sertão concentrou o agregado com maior número de óbitos e Fernando de Noronha apresentou o maior taxa de mortalidade.

O perfil encontrado foi de homens entre 60-69 anos, pardos, casados com baixo grau de escolaridade. Além, disso, ocorreu estabilidade da mortalidade e heterogeneidade entre os municípios. O perfil da mortalidade, segundo variáveis sociais, corrobora com outros estados brasileiros, exceto pela raça e cor.

Os autores destacam que o predomínio do masculino já é destacado na literatura. O Oeste e Sul da Europa são regiões cuja mortalidade por câncer de laringe entre homens detém altos índices, seguidos por países da América do Sul, como Argentina, Uruguai, além da Região Sul do Brasil¹⁴.

Evidenciou em estudo epidemiológico no Estado de São Paulo em que 80% do câncer de laringe foi identificado em homens. Tal observação pode ser justificada pelos determinantes sociais para este tipo de câncer, relacionados ao estilo de vida que pode determinar uma maior predisposição do homem ao desenvolvimento de câncer de laringe tais como: o fumo, o álcool, e a combinação do fumo e álcool¹⁵.

Em um estudo realizado no Centro de Oncologia Bucal da Universidade Estadual Paulista entre 1991 e 2003, Goiato *et al* identificou que dos 88 casos de câncer atendidos no centro de tratamento oncológico, 80 eram câncer de laringe que foram identificados em homens que faziam uso de tabaco e álcool. A frequência de câncer de laringe foi mais alta em fumantes com idade entre 50 e 69 anos¹⁶.

Em um estudo etnográfico com abordagem na antropologia das masculinidades, Dazio *et al* analisaram os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal no período de junho a dezembro de 2007, com 16 homens entre 40 e 79 anos que possuíam estomas definitivos e provisórios. O estudo revelou a tensão que se desenvolve entre os padrões tradicionais de masculinidade e as novas formas de identidades provocadas pela experiência. Além disso, as autoras identificaram dois núcleos de sentidos: o reconhecimento da gravidade da doença e o sofrimento de ter câncer. Para as autoras conhecer esses sentidos, sob a perspectiva cultural, facilita a comunicação enfermeiro-paciente e permite o planejamento de cuidados adequados às necessidades dos homens com câncer¹⁷.

Em estudo qualitativo realizado em São Paulo, buscaram compreender crenças e valores estabelecidos na relação entre câncer de laringe e tabagismo. Participaram da pesquisa 9 homens com diagnóstico de câncer de laringe e tabagistas há mais de 40 anos. O estudo demonstrou a necessidade de ampliar o foco de atuação dos profissionais, acrescentando na formação desses trabalhadores paradigmas das ciências humanas, visando contribuir para mudanças comportamentais no que diz respeito às orientações de saúde sobre os hábitos e estilos de vida dos usuários dos serviços de saúde. Além disso, identificou-se que é necessário rever os significados e atitudes sobre o processo saúde-doença-cuidado para melhorar a assistência e contribuir para a reabilitação dos homens com câncer de laringe¹⁸.

Os sete estudos enfocam a necessidade de os profissionais de saúde atuarem de forma efetiva no cuidado aos homens com câncer de laringe pela alta predominância da morbi-mortalidade por câncer, estando isso associado aos seus estilos de vida.

Saúde do homem e a relação entre o processo saúde-doença-cuidado

Esta categoria é direcionada ao processo saúde-doença-cuidado, enfocando a saúde do homem nas variadas demandas masculinas ocorridas nos diferentes espaços de atenção à saúde, como a medicalização masculina, a invisibilidade do homem nos serviços de saúde, dentre outros aspectos. Dentre as literaturas selecionadas, inserimos 6 referências.

Em seu estudo sobre o perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina, Laurenti *et al* evidenciaram um aspecto marcante na saúde masculina: o alcoolismo em suas diversas manifestações com graves consequências em regiões mais pobres, onde o uso excessivo de bebidas alcoólicas parece fazer parte do comportamento masculino. Além disso, foi observado que a presença de muitas doenças que afetam a população masculina tem mecanismos conhecidos e aceitos cientificamente¹⁹.

Num estudo qualitativo, Xavier *et al* analisaram a questão do gênero para o adoecer de câncer. Dessa pesquisa participaram 3 homens e 4 mulheres que estavam em tratamento ambulatorial no município de Fortaleza, em julho de 2008. Identificaram-se categorias tais como: *o adoecimento de câncer* – fragmentações e limitações na vida; *uma vida em transformações* – das ameaças às superações; *a preocupação com a masculinidade*. Esses autores concluíram que as diferenças captadas nesta abordagem de câncer envolvem características, como a perda da masculinidade, vulnerabilidade da vida, a reafirmação da mulher como um ser sensível e, ao mesmo tempo, forte no processo de adoecer, a quebra dos marcos de virilidade do homem, o preconceito vivenciado em ambos os gêneros

e a necessidade de um suporte no enfrentamento da doença. Além disso, torna-se notório que os estereótipos criados pela sociedade acerca de gênero se traduzem no comportamento apresentado pelas pessoas que adoeçam de câncer, se fazendo necessário que os profissionais que cuidam desse tipo de paciente estejam atentos às diferenças de gênero²⁰.

Com relação à busca por cuidado à saúde, os estudos de Couto *et al* identificam algumas barreiras para a ausência e invisibilidade masculina nos serviços de saúde, como: compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência. A partir da perspectiva de gênero, os autores realizaram um estudo etnográfico, multicêntrico, em oito serviços de quatro estados brasileiros, onde foram identificadas diferentes dimensões desta (in) visibilidade: os homens como alvo de intervenções no campo das políticas de saúde, como usuários que enfrentam dificuldades na busca por atendimento e no estímulo à sua participação efetiva, como sujeitos do cuidado (de si e de terceiros). Os autores reforçam a importância dos estudos de gênero masculino e sua relação com a saúde, conforme discute a produção das iniquidades sociais (re)produzidas pelas desigualdades de gênero presentes no imaginário social e nos serviços de saúde²¹.

Numa amostra de 182 usuários de 15 a 65 anos, em um estudo etnográfico multicêntrico, realizado em quatro estados brasileiros com sujeitos homens, Schraiber *et al* realizaram uma seleção de dados relacionados a percepções dos homens usuários e de suas necessidades de cuidado da saúde. Os resultados apontam como a medicalização das necessidades de saúde marca os usuários, ocultando questões vinculadas à masculinidade. Além disso, caracterizam a atenção primária como voltada para as mulheres, reproduzindo no funcionamento dos serviços e nos desempenhos profissionais as desigualdades de gênero, em que para as mulheres há a disciplina do cuidado e para os homens impropriedades para assistir e cuidar²².

Com o propósito de ampliar as discussões acerca da construção da identidade masculina e sua relação com os agravos à saúde dos homens, Paschoalick *et al* discutem que o processo saúde-doença é também determinado pelo comportamento dos indivíduos na sociedade. Assim, compreender a construção do gênero masculino associado ao comportamento, a partir de um conjunto de elementos culturais, pode colaborar com a reflexão a respeito da relação existente entre o comportamento dos homens no cuidado à saúde²³.

Gomes *et al* mostraram que a saúde do homem deve ser destacada não só para desenhar o perfil epidemiológico da morbi-mortalidade 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 culturais¹⁰.

Profissionais de saúde devem considerar os homens como aliados e detentores de uma herança cultural que, se trabalhada com criatividade e conhecimento, podem oferecer estratégias para desconstruir aspectos negativos da masculinidade, reconstruindo seus aspectos positivos.

Analisando as contribuições das produções científicas para o cuidado à saúde do homem e sua implicação para a enfermagem, verificamos no estudo de Fontes²⁴ que no processo de interlocução entre ensino e serviço em atenção à saúde do homem, foi possível desvelar importantes *déficits* de autocuidado nessa clientela. Tal fato tem implicações na determinação dos altos índices de morbidade e mortalidade nos homens, exigindo ações concretas e eficazes dos gestores, profissionais e das instituições de ensino, com vistas à inclusão mais efetiva desse segmento populacional nos serviços de Assistência Primária à Saúde.

Em estudo²⁵ exploratório qualitativo, as autoras apontaram para a importância de se investigar a concepção de necessidade que fundamenta a prática profissional do enfermeiro na identificação de necessidades para propor ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde da população masculina.

Implica também investigar o significado de masculinidade do ponto de vista dos homens portadores de câncer de laringe, pois é possível perceber a partir desse estudo que a noção de saúde e o que ela engloba (prevenção, cuidado, doença) estão sendo questionados, exigindo novas leituras sobre este conceito na atualidade. Isso significa dizer que antes de excluir os homens das categorias de cuidado e saúde, faz-se necessário o enfermeiro pensar nas significações que estas categorias adquiriram na saúde do homem.

Os estudos indicam, ainda, a necessidade de ampliação do conhecimento sobre as ações e práticas de saúde voltadas aos homens, o que pode contribuir para a incorporação de estratégias complementares de cuidado, prevenção e promoção da saúde nas variadas demandas masculinas ocorridas na diferentes estruturas de atenção de cuidado à saúde.

Vale ressaltar a necessidade de inserir na formação profissional do enfermeiro disciplinas que tenham o foco na saúde do homem, assim como existe para a saúde da mulher, pois acreditamos que este seja um subsídio fundamental na promoção, prevenção, manutenção e cuidado da saúde do homem.

Em síntese, vários dos estudos apresentados demonstram diferenças significativas nos padrões de saúde dos homens. Evidenciam uma diversidade de questões de saúde importantes para os homens,

apontando para a relevância de compreender as relações estabelecidas entre cuidados de saúde e a população masculina.

Conclusão

Tanto as fontes revisadas quanto a literatura que serviu de base para a realização deste estudo apontam para duas questões fundamentais sobre saúde do homem, masculinidades e câncer de laringe: (a) modelos hegemônicos de masculinidades podem dificultar a adoção de hábitos mais saudáveis; (b) o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas, pode desprezar o cuidado de si e colocar em risco a sua saúde.

Foram encontrados poucos estudos que abordassem a saúde do homem, masculinidades e câncer, e os achados indicam a necessidade do desenvolvimento de investigações focalizadas nos homens e câncer de laringe, visto que a literatura pulveriza a temática sem se aprofundar no assunto.

Em termos de lacunas, podemos destacar que pesquisas ainda se fazem necessárias para que sejam aprofundadas as relações entre masculinidades, saúde e câncer de laringe. Nesse sentido, as investigações com abordagem qualitativa podem trazer contribuições para que tais relações tornem-se mais visíveis, a partir das variantes de nacionalidade, idade, classe social, raça, dentre outras .

Com dados mais específicos sobre os homens e o câncer relacionado à masculinidade, será possível a implementação de políticas efetivas de promoção e proteção à saúde dos homens. Dessa forma, devem-se adotar medidas inovadoras, preventivas para o câncer de laringe, a fim de diminuir a incidência dessa doença na população masculina.

De acordo com os achados dessa revisão ficam claras a importância e a necessidade no incremento da produção científica sobre homens, masculinidade e câncer de laringe, que ainda pode ser caracterizada como escassa. Dessa forma, recomendamos que, a partir das temáticas encontradas, sejam realizados novos estudos de revisão para que se amplie a produção científica sobre este tema, enriquecendo o debate, bem como um desdobramento aprofundado de questões como homens e masculinidades.

Implicações Para a Enfermagem

Os achados deste estudo demonstraram a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem os problemas associados ao câncer e masculinidades e avaliarem o impacto sobre a promoção e prevenção da saúde. Além disso, os resultados enfatizam a necessidade de ajuda aos homens com câncer de laringe no combate ao fumo e álcool, e no desenvolvimento de estratégias alternativas para lidar com o vício.

Essas estratégias incluem oferecer auxílio aos homens para que possam aprender a lidar com a masculinidades, seu ritmo de vida cotidiana e a usar modalidades de educação para a saúde, de forma que sejam sujeitos do processo de saúde e cuidado. A falta de cuidado masculino com a saúde talvez esteja sendo superestimada. Certamente não estamos afirmando aqui que já se chegou a uma situação ideal²⁶.

Nessa perspectiva, a presença do cuidado como elemento central para a representação de doença, a afirmação da realização de exames de rotina por um terço dos entrevistados e, finalmente, a declaração de 52% dos sujeitos de cuidado efetivo com a própria saúde, descontando-se a já conhecida não equivalência exata entre discurso e prática, indicam que não se tem que partir do zero²⁷. Nesse sentido, talvez seja o momento de começar a investir em pesquisas que procurem, além das causas do não cuidado, e das percepções tradicionais entre masculinidades e cuidado de si. Outro aspecto importante foi ressaltado em uma pesquisa qualitativa, na qual os autores concluíram que a atuação da enfermagem tem sido dificultada por motivos como a inexistência de serviços específicos à saúde do homem, escassez de procura dos homens por atendimento médico, dentre outros. Cabe primordialmente ao profissional de enfermagem, atuar na educação em saúde do homem e suas famílias, em todas as faixas etárias e classes sociais, a fim de esclarecê-los e encorajá-los a procurar a assistência à saúde rotineiramente e não só nas necessidades extremas²⁸.

Contudo, acreditamos que o enfermeiro pode contribuir para melhorar o conhecimento da população masculina acerca da importância da promoção da saúde e do cuidado de si, pois a prática de promoção da saúde exige o intercurso das instituições formadoras, no intuito de capacitar o enfermeiro como facilitador do processo educativo, pois essas situações exigem abordagem específica no planejamento de ações públicas para o seu enfrentamento.

Referências

- 01 – Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de câncer no Brasil [on line]. Disponível em [:http://www.inca.gov.br/estimativas/2010](http://www.inca.gov.br/estimativas/2010). Acessado em: 20 de abr. 2011.
- 02 – Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Câncer de laringe. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 1996.
- 03 – Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- 04 – Nascimento, PFG. “Ser homem ou nada”: diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE.[dissertação]. Recife:Universidade Federal de Pernambuco; 1999.
- 05 – Nolasco, S. O mito da masculinidade. 2º edição. Rio de Janeiro Rocco, 1995;11-73.
- 06 – Trindade, ZA, Nascimento, ARA. O homossexual e a homofobia na construção da masculinidade hegemônica São Paulo 2004.p.146-62.
- 07 – Cecchetto, FR. Violência e estilos de masculinidades. Rio de Janeiro: editora FGV, 2004.
- 08 – Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4º ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- 09 – Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS. As representações da masculinidade e o ser homem. Rev. de Saúde Pública, 2008; 36: 273-79.
- 10 – Gomes R. Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cad. Saúde publica 2006;22:901-11
- 11 – Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- 12 – Koifman IEM. Mortalidade por câncer em trabalhadores de companhia de eletricidade do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública, 1996; 30: 564-75.
- 13 – Loomis D, Santana V S, Silva M. Mortalidade por câncer em militares da marinha do Brasil. Rev. Saúde Pública, 2000; 34: 373-79
- 14 – Pernambuco LA, Vilela MBR. Estudo da mortalidade por câncer de laringe no estado de Pernambuco – 2000 -2004. Revista Brasileira de Otorrinolaringologista, 2009; 75: 222-227.
- 15 – Victor VW. A epidemiologia do câncer de laringe no Brasil. Revista Paulista de Medicina, São Paulo 2004; 122: 188-94.
- 16 – Goiato MC, Fernandes AUR, Santos DM, Conrado NS. Perfil de pacientes acometidos por câncer de laringe atendidos no centro de oncologia bucal – UNESP. Revista odonto ciência, 2006; 21: 03-08.

- 17 – Dázio EMR, Sonobe HM, Zago MMF. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2009;17:2-8.
- 18 – Hortense FTP, Carmagnani MIS. Bretãs ACP. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008; 61: 24-30.
- 19 Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10: 35-46.
- 20- Xavier ATF, Ataíde MBC, Pereira FGF, Nascimento VD. Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010; 63 : 921-6
- 21 – Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Comunicação Saúde e Educação*, 2010; 14: 257-70.
- 22 – Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et.al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*, 2010; 26:961-70.
- 23 – Paschoalick RC, Lacerda MR, Centa ML. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem*, 2006; 11:80-86.
- 24 – Fontes WD de, Barboza TM , Leite MC , Fonseca RLS , Santos LCF dos , Nery TC de L. Atenção saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul Enferm* 2011;24:430-33.
- 25 – Castro CO, Tocantins FR. Necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a saúde da família. *Revista de pesquisa cuidado e fundamental [on line]*. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>. Acessado em: 12 de Jul. 2011.
- 26 – Nascimento ARA do, Trindade ZA, Nascimento IFG, Pereira FB, Silva SATda C, Cerello AC. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte – MG. *Saúde Soc.* 2011; 20:182-94
- 27– Toneli MJF, Souza MGC de, Muller R de CF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis –SC. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2010; 20:973-94
- 28 – Santos C, Souza LRF de, Jesus MLA de, Souza RR, Cortez EA, Veneu ACS. A enfermagem na assistência à saúde e prevenção do HPV no homem. *Revista de pesquisa cuidado e fundamental [on line]*. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>. Acessado em: 12 de Jul. 2011.

Segundo produtos dos cuidados de enfermagem

9.2 Homens hospitalizados com traqueostomia e as maneiras de cuidados de enfermagem

Resumo

Apresenta-se um estudo com abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e trata da temática dos homens traqueostomizado e os cuidados de enfermagem. O objetivo foi descrever as maneiras de cuidados de enfermagem oferecidos aos homens em uso de traqueostomia. Foram descritas as maneiras de cuidar em enfermagem de acordo com as necessidades de saúde e bem estar dos homens. Baseado na literatura de enfermagem nacional e na percepção das autoras sobre a temática. O trabalho reforça a importância dos estudos de gênero e sua relação com os cuidados de enfermagem, a medida em que se discute as maneiras de cuidados oferecidos aos homens traqueostomizado. Respeitando-os como ser humano pensante e como sujeito do cuidado. Nessa perspectiva, baseado em estratégias inovadoras e de criatividade no modo de cuidar percebendo o homem de forma integral, único, e indivisível. Dessa forma, os homens em uso de traqueostomia apresentam algumas necessidades de saúde afetadas, tais como: a oxigenação, a segurança, a comunicação, e a hidratação. Nesse contexto o cuidado de enfermagem criativo apresenta um objetivo dinâmico, o conhecimento natural do enfermeiro no domínio do saber-fazer da enfermagem, frente a cada situação inerente ao cuidado de enfermagem, aliado a conhecimentos prévios e curiosidade científica. Logo, reforçamos como os dados qualitativos como resultados de pesquisa contribuem na composição nas maneiras de cuidar.

Palavras chave: homens. traqueostomia. cuidados de enfermagem.

Abstract

Presentation of a study with qualitative, descriptive, exploratória boarding is presented and deals with thematic to the men tracheostomyed and the cares of nursing. The objective was to describe the ways of offered cares of nursing to the men in tracheostomy use. The ways had been described to take care of in nursing in accordance with the necessities of health and welfare of the men. Based in the literature of national nursing and the perception of the authors on the thematic one. The work strengthens the importance of the sort studies and its relation with the cares of nursing, the measure where if it argues the ways of cares offered to the men tracheostomyed. Respecting them as human being pensante and as subject of the care. In this perspective, based on innovative strategies and of creativity in the way to take care of perceiving the man of integral form, only, and indivisible. Of this form, the men in tracheostomy use present some affected necessities of health, such as: the oxygenation, the security, the communication, and the moisturizion. In this context the creative care of nursing presents a dynamic objective, the natural knowledge of the nurse in the domain of know-making of the nursing, front to each inherent situation to the care of nursing, ally the previous knowledge and scientific curiosity. Soon, we strengthen as the qualitative data as resulted of research contribute in the composition in the ways to take care of.

keywords - men. tracheostomy. Care of nursing.

Nota 1- Trabalho apresentado na modalidade comunicação oral. IV Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos. Pesquisa qualitativa: rigor em questão fundamentos métodos desdobramentos. UNESP – Rio Claro – São Paulo 2010.

Introdução

Os cuidados de enfermagem aos homens adultos hospitalizados, portadores de traqueostomia, incluem conhecimento complexo sobre as maneiras de cuidados a serem oferecidos numa forma integral. O termo traqueostomia é definido como um procedimento que envolve a criação de uma abertura na traquéia do terceiro anel, permitindo a inserção de um tubo para ventilação e remoção de secreções (CARPENITO, 1999,p 677.). Paciente traqueostomizado é o indivíduo que foi submetido a um procedimento cirúrgico de traqueostomia urgente ou eletivo, que pode estar usando cânula de metálica ou de silicone, usualmente o paciente usa cânula metálica. Baseado em estratégias inovadoras e de criatividade no modo de cuidar percebendo o homem de forma integral, único, e indivisível; os homens em uso de traqueostomia apresentam algumas necessidades de saúde afetadas, tais como: a oxigenação, a segurança, a comunicação, e a hidratação. A enfermeira usa a criatividade como instrumento básico nas maneiras de cuidados ao homem traqueostomizado.

A indicação mais crítica para uma traqueostomia é a obstrução das vias aéreas causadas por tumores, 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 laríngeas Lenine (1999).

O uso de traqueostomia tem a finalidade de ajudar na respiração em casos de neoplasia da laringe, em manifestações agudas de insuficiência respiratória e em uso contínuo de situações crônicas, por exemplo, homem com neoplasia de laringe, em estágio avançado, necessita submeter a traqueostomia. A hospitalização tem um significado ímpar para o paciente, pois modificações acontecem no seu cotidiano, com o ambiente desconhecido, as rotinas e a perda do controle sendo necessário que ele se adapte com a nova rotina (CARPENITO, 1999).

Dessa forma, os cuidados de enfermagem tornam-se fundamental para atender as necessidades dos homens em uso de traqueostomia. Penso, que o cuidado oferecido ao homem adulto hospitalizado precisa ser de forma plena, distante da divisão biológica e mecanicista predominante. Para Carvalho (2002), o cuidado reveste-se de grande complexidade, requerendo do profissional uma competência que vai além da esfera técnico científica, com implicações em várias facetas de seu existir dado seu esforço para viabilizar um cuidado ético.

Pois, 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 inferior; aspiração das secreções

pulmonares; estímulo à tosse e posicionamento do corpo para facilitação da tosse; cuidados com os aspectos nutricionais, e psicológicos.

Nessa perspectiva, para oferecer o cuidado de enfermagem, aos homens hospitalizados em uso de traqueostomia são usadas estratégias inovadoras e de criatividade no modo de cuidar; percebendo e considerando o paciente como um todo, único e indivisível.

A hospitalização afeta o paciente e seu familiar de várias formas, pacientes hospitalizados compartilham experiências que podem ser previstas, nesse sentido penso que a enfermeira pode ser um instrumento na direção dos pacientes para o caminho do apoio mutuo e da autonomia.

Objetivo: Descrever os cuidados de enfermagem oferecido ao homem hospitalizado em uso de traqueostomia de uma unidade de internação de cirurgia oncológica.

Metodologia - abordagem de pesquisa qualitativa na Enfermagem

Estudo descritivo-reflexivo exploratório com abordagem qualitativa, baseado na literatura pertinente a temática, além da percepção das autoras a respeito do tema. A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, nas ciências sociais ela se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com universo de significados e considera que o fenômeno social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelo sujeitos (MINAYO, 2002, p92.).

Para POLIT (2004), a pesquisa qualitativa tem como finalidade levar ao esclarecimento de uma determinada situação para uma tomada de consciência pelos próprios sujeitos pesquisados acerca de seus problemas e das condições que os geram, proporcionando caminhos e estratégias para resoluções.

A dissertação argumentativa, a que se propõe este estudo, foi apresentado pela as autoras em uma exposição compreensiva do tema, interpretando as idéias expostas na literatura e a posição de argumentação das autoras. Os sujeitos do estudo foram homens adultos hospitalizados em uso de traqueostomia que receberam os cuidados de enfermagem de várias maneiras e com criatividade nas formas de cuidados.

O cenário onde aconteceu o fenômeno do cuidado foi uma instituição pública Federal considerada de grande porte especializada no tratamento de neoplasia, situado no Município do Rio de Janeiro.

Nessa perspectiva a abordagem qualitativa é caracterizada como modos de procurar informações de maneira sistemática, e costuma ser descrita como holística e naturalista, sem qualquer

limitação ou controle impostos ao pesquisador. Este tipo de abordagem não depende de análise estatística para suas inferências, ou de instrumentos fechados para a coleta de dados (Op.Cit).

A pesquisa qualitativa alia as naturezas científica e artística da enfermagem para buscar a compreensão da experiência da saúde humana. Então, os problemas que aparecem no cotidiano da prática podem ser estudados de forma privilegiada, pois o enfermeiro é também um participante do cenário investigado.

Este é um método que se vem constituindo cada vez mais atraente. Logo, reforçamos como os dados qualitativos como resultados de pesquisa contribuem na composição nas maneiras de cuidar de homens em uso de traqueostomia. Empregando a abordagem qualitativa, com relação aos métodos e técnicas de pesquisas, os estudos qualitativos apresentam semelhanças e apontam para existência de uma infinidade de tradições de caráter teórico e filosófico no escopo da pesquisa qualitativa (POLIT; HUNGLER, 2004).

Estas variações ocorrem pelas diferentes conceitualizações dos tipos de questões norteadoras, importantes para a compreensão do mundo em que vivemos.

Logo o caminho escolhido pelo pesquisador que utiliza o método qualitativo para desvendar um dado fenômeno deve ser percorrido com zelo e muito rigor, para que ele não se perca nos labirintos que venham a ser construído no decorrer da pesquisa.

Resultados

Maneiras de cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados com traqueostomia

Os homens em uso de traqueostomia exigem cuidados especiais, como por exemplo, ajudá-lo no banho de aspersão, precisamos estar atentos na especificidade do cuidado uma vez que o paciente encontra-se fragilizado, com medo da dor, do desconhecido, do novo estilo de vida frente à sociedade. A hospitalização transforma o corpo através de vários procedimentos invasivos, cuidar do corpo com a imagem comprometida deixa o paciente se perceber diferente, feio, transformado, triste, incomodado Coelho (2006).

Nesse sentido, para (Op.Cit) , as maneiras de cuidados de enfermagem é o cuidado individualizado visando resgatar os aspectos que se encontram encobertos pela hospitalização. Penso, ser uma ação que produz respeito o cuidado através de uma interação frequente com o paciente, respeitando seu direito de questionar o cuidado e opinar em relação qual cuidado gostaria de receber.

Nesse sentido, os cuidados oferecidos ao paciente são construídos com modelos alternativos de cuidar, a fim de recompor o retrato do paciente 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 do uso da traqueostomia. Durante o processo de cuidado a enfermeira ajuda o paciente, a se pentear, incentiva e mostrar opções de vestuário para o cotidiano, como por exemplo, o uso de camisas de golas alto para cobrir a cânula de traqueostomia, estimular e supervisionar o paciente a se barbear.

Para Popim (2001), o cuidado de enfermagem envolve dimensões físicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais; com conhecimentos científico humanístico e cognitivo. Nessa perspectiva, refletimos que o cuidado se caracteriza quando a pessoa que recebe o cuidado sinta-se acolhido, pois ocorre a essência de carinho, afeto, e respeito. Tendo em vista a complexidade das maneiras de cuidados, o paciente deve ser colocado como principal sujeito do cuidado, realizando o planejamento a partir de identificação e busca do atendimento as necessidades básicas de saúde afetadas dos homens.

Baseado em estratégias inovadoras e de criatividade no modo de cuidar percebendo o homem de forma integral, único, e indivisível; os homens em uso de traqueostomia apresentam algumas necessidades de saúde afetadas, tais como: a oxigenação, a segurança, a comunicação, e a hidratação. A enfermeira usa a criatividade como instrumento básico nas maneiras de cuidados ao homem traqueostomizado.

A criatividade, não se constitui num instrumento básico que o enfermeiro deva utilizar somente na busca de soluções de problemas. Pode-se criar o hábito de utilizar seu potencial criativo através de associações de idéias, a partir da reflexão diária de sua prática a que pode levar a surpreender e criar novas alternativas de maneiras de cuidados em prol do bem estar do paciente e no desenvolvimento pessoal e profissional Cianciarullo (2003.).

A oxigenação é considerada como o primeiro cuidado de enfermagem, exigindo medidas para manter a via aérea do paciente desobstruída, assim como, a umidificação torna-se fundamental, por ser um cuidado que reduz a possibilidade de infecção das secreções, que são um meio de cultura bacteriana (BARICHELLO, 2002, p106). As maneiras de manter a traqueostomia desobstruída, quais sejam limpar gentil e rapidamente as secreções expelidas, logo após o paciente ter tossido, constitui maneiras de cuidados oferecidas ao homem.

A necessidade de segurança pode ser suprida quando a enfermeira mantém o paciente em um ambiente psico-social positivo, como, por exemplo, livre de barulhos, ruídos, cheiros, livres de quedas.

Segundo (COELHO, 2006), o cuidar para as quedas é a maneira de cuidado preventivo de uma ocorrência frequente na área hospitalar, as quedas dos leitos, cadeiras de rodas, macas, e própria altura. Assim, a necessidade de segurança do homem em uso de traqueostomia perpassa de várias maneiras

quais sejam: aliviar o estado de ansiedade do paciente a relação efetiva entre enfermeira e paciente tem como ponto inicial à identificação do homem como pessoa, chamá-lo pelo nome oferece segurança e conforto ao paciente.

A necessidade de comunicação torna-se um cuidado prioritário no caso do paciente traqueostomizado, pois a impossibilidade da comunicação verbal oral é um aspecto que, sem dúvida, aumenta a intensidade do estresse ao paciente. Dessa forma, oferecer opções de comunicação deixando ao alcance do paciente papel, lápis e se possível uma lousa mágica.

Para Zago (2001), cabe ao enfermeiro desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente uma condição adequada de comunicação.

O uso de papel e caneta para o paciente ser comunicar através da escrita vai depender da sua habilidade para tal. 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.

Por fim, a hidratação torna-se uma das necessidades afetadas no paciente traqueostomizado, sendo aumentada em decorrência das secreções eliminadas através da tosse, aspirações e pelas implicações decorrentes da doença de base, por exemplo, a uma neoplasia.

Nesse sentido, instituir uma ingesta de líquidos adequado, visando melhorar a hidratação e umidificação do trato respiratório do paciente, oferecendo e estimulando a ingesta de dois litros de água por dia, são maneiras de cuidado que a enfermeira utiliza para suprir as necessidades de saúde afetada do homem traqueostomizado.

Nesse panorama, as necessidades de saúde afetadas são supridas por meio de várias maneiras de cuidados que a enfermeira oferece aos homens promovendo bem estar e conforto, assim reforça-se que os dados qualitativos como resultados de pesquisa contribuem na composição nas maneiras de cuidar dos homens adultos hospitalizados em uso de traqueostomia.

Conclusão

A efetividade na maneira dos cuidados de enfermagem oferecidos aos homens adultos traqueostomizado está diretamente relacionada com a criatividade e estratégias inovadoras que a enfermeira utiliza para cuidar dessa clientela. Os resultados apresentados são importantes para que a enfermeira ofereça e tenha criatividade nos momentos de cuidados, pois as constantes mudanças na saúde demandam um profissional enfermeiro capaz, seguro, dinâmico e criativo, para oferecer um cuidado de enfermagem ao paciente de qualidade.

Os cuidados de enfermagem somente têm significado quando o cuidado é resultado de um processo de assistência articulando várias maneiras de cuidar, para atender as necessidades dos homens traqueostomizado, pois esse cuidado deve ser voltado não somente para a dimensão biológica, mas também para a dimensão social e psicológica da pessoa cuidada.

Assim, as necessidades de saúde afetadas são supridas por meio de várias maneiras de cuidados que a enfermeira oferece aos homens promovendo bem estar, conforto, segurança, oxigenação adequada, comunicação ativa por meios de gestos e outras formas de interação interpessoal.

Conclui-se que as maneiras de cuidados de enfermagem compõem um processo importante na forma de cuidar do paciente traqueostomizado, abrindo espaço para inovações e talentos na criatividade e novas pesquisas na temática.

Referências

- BARICHELO, Elizabeth. **Proposta de protocolos de cuidado com a traqueostomia do laringectomizado**. Ribeirão Preto, 2002. 161p.(Dissertação de Mestrado).
- COELHO, Maria José. **Maneiras de cuidar em enfermagem**. Rev. Brás Enferm; 59 (6): 745 -51. 2006.
- CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.154p.
- CARVALHO, Emilia Campos de et al. **O significado de cuidar para enfermeiros oncológicos**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo,2002.p.68-78.
- CARPENTO, Lynda Juall. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**. 2ºed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999. 739p.
- LENINE, Garcia Brandão et al. Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço In: ROCHA, Paulo Metting. **Traqueostomias**. São Paulo, 1999.p.66-73
- MINAYO, Maria Cecília de Souza.; Deslandes, Ferreira Suely (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 1º ed. Editora Fiocruz, 2002. 379p.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5º ed. Porto Alegre: Arte Médicas. 2004. 487p.
- POPIM, Regina Célia. **cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma prespectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schutz** .Ribeirão Preto, 2001.122p.(Tese de Doutorado).
- ZAGO, Márcia Maria Fontão.; Melles AM. **A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado**. Rev Latino Americana enfermagem (9): 1 73 -79 Ribeirão Preto 2001.

Terceiro produtos dos cuidados de enfermagem

9.3 Sexualidade humana e implicações nos cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados: Proposta para uma reflexão

Resumo

Refletir a sexualidade do homem hospitalizado nos leva pensar aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se não devidamente abordados, poderão comprometer a saúde do homem. Considerando esse pressuposto, o tema desse estudo é a sexualidade humana, e objetivou focar as implicações para os cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados sendo proposta para uma reflexão. Seguindo esse desenho metodológico, pretendeu-se trazer conclusões de estudos no campo das ciências sociais e da saúde sobre sexualidade do homem. Nesta reflexão, pontuou questões ligadas à saúde do homem que, para serem abordadas, devem ser examinadas à luz de referências da sexualidade feminina que integram o imaginário social. Assim, a reflexão precisa ser amadurecida, falta-nos desvendar esse imaginário e compreender os conteúdos que fala de tais questões. Estudos mostraram que a educação em saúde é uma forma de criar um espaço dialógico, sobre aspectos da sexualidade e o comportamento do homem, respondendo os possíveis efeitos colaterais de medicamentos que interferem na sexualidade.

Palavras chaves – Homens; Sexualidade masculina; Cuidado; Sexualidade.

Abstract

To reflect the sexuality of the man takes in to think them aspects that if not duly boarded, will be able to compromise the health of the man. Considering this estimated, the subject of this study is the sexuality human being, and objectified to focus the implications for the care to the men being been proposal for a reflection. Following this metodológico drawing, it was intended to bring conclusions of studies in the field of social sciences and the health on sexuality of the man. In this reflection, on question to the health of the man pontuou that, to be boarded, must be examined to the light of references of feminine sexuality that they integrate imaginary the social one. Thus, the necessary reflection to be ripened, lacks to us to unmask this imaginary one, to understand the contents that speak of such questions. Studies had shown that the education in health is a form to create a dialógico space, on aspects of the sexuality and the behavior of the man, answering the possible collateral medicine effect that intervene with the sexuality.

Keywords – Men; Masculine sexuality; Care; Sexuality.

Introdução

Refletir acerca da sexualidade do homem nos leva a pensar aspectos que se não devidamente abordados, poderão comprometer a saúde do homem. A sexualidade no século XX foi marcada por uma crescente interferência da medicina neste domínio. Por um lado, por intermédio do desenvolvimento das tecnologias reprodutivas os contraceptivos que conferem a sexualidades não conjugais do novo estatuto; por outro lado, como título do livro de Foucault¹, por uma vontade de saber na psicanálise e em outras disciplinas correlatas tais como: a pedagogia, a demografia e a ciências sociais.

Esta reflexão, baseado em estudos disponíveis em dados de pesquisas realizadas no Brasil, pretende contribuir para estimular o desenvolvimento de estudos com homens de diferentes estratos sociais e profissionais de saúde para que possamos ancorar o debate num campo empírico e assim caminhar para produção de conhecimento e instrumentalizar as práticas de saúde, em especial da enfermagem.

Aspectos relacionados à percepção da sexualidade masculina produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas se ratifica ao analisar os aspectos comportamentais dos homens em relação à prevenção de doenças. Como exemplo, podemos citar o toque retal que é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar os homens da prevenção do câncer de próstata.

Estudos sobre homens e masculinidades têm trazido contribuições ao problematizar aspectos para reflexões sobre a dominação masculina e as relações de gênero¹. Tem-se buscado demonstrar como a masculinidade gera comportamentos e danos à saúde. Enfermagem entendida como ciência a arte de cuidar de seres humanos deve considerá-los como seres integrados com necessidades psíquicas, sociais, biológicas e espirituais. O cuidado de enfermagem deve atender essas necessidades. Entendemos a sexualidade como dimensão do ser humano, merecedor de atenção. Partindo da reflexão como os profissionais de saúde lidam com a sexualidade do homem hospitalizado no contexto do cuidado diário.

Evidenciou-se em estudo que enfermeiras, ao realizar cuidado direto ao paciente sobre sexualidade apresentaram dificuldade, precisando ser discutidos e refletidos para realizar os cuidados². No encaminhamento das soluções, as enfermeiras relataram lançar mão de estratégias sobre sexualidade humana para lidarem com o cuidado no tocante a sexualidade.

Considerando esse pressuposto, o tema desse estudo é a sexualidade humana, e objetivou enfocar as implicações do cuidado aos homens adultos hospitalizados.

Seguindo esse desenho metodológico, pretende-se inicialmente trazer algumas conclusões de estudos no campo das ciências sociais e da saúde sobre sexualidade do homem. Em seguida, vamos estabelecer as implicações no campo do cuidado aos homens. Por último, nas considerações finais, formularemos questões para novas discussões no sentido, de buscar abordagens para a promoção da saúde do homem e uma sexualidade saudável.

Sexualidade masculina: medicalização nos distúrbios da função sexual do homem

Afinal o que é ser homem? Tomando como base uma sociedade patriarcal, uma resposta para essa indagação poderia convergir para a representação do homem de verdade. Meninos e meninas crescem sob a crença de que a mulher e homem são o que são por natureza⁴. No modelo de masculinidade a ser seguido, ressaltam-se as ideias que o homem de verdade é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais.

Nesse sentido, observa-se que a sexualidade masculina tende a expressar mais inquietações do que a feminina, porque os homens separam a sua atividade sexual das atividades cotidianas, onde são capazes de encontrar um direcionamento estável. Essas inquietações vêm deixando de ser encobertas.

Para sustentar o tema, não podemos desconsiderar que os avanços na forma de conceber o que é ser feminino, foi conseguido pelo movimento feminista que demandou deslocamentos no campo dos papéis masculinos. Isso se explica pelo fato de a sexualidade constituir-se por ser referência.

Assim, seja por causa da desestabilidade ou pela necessidade de se rever os papéis sexuais no cenário atual, a discussão sobre masculinidade já é um movimento que vem preenchendo diferentes espaços⁵.

Estudos evidenciam a predominância do ideário associado ao sucesso, ao poder, a força, a virilidade e a invulnerabilidade, explicitados através de percepções compatíveis com este ideário masculino, uma vez que expõem de maneira simples associações de ser homem com designações de machismo, autoritarismo, fortaleza e comando, além da valorização excessiva da sexualidade e virilidade^{6 7 8}. Entretanto, entendemos que os homens tentam seguir esse modelo masculino e

acabam se comportando de maneira inexpressiva e competitiva, o que compromete suas necessidades básicas.

Ao final da década de 1990, um novo problema de saúde surge associado ao termo: a disfunção erétil⁷. Essa desordem é definida na literatura de saúde como a incapacidade de obter ou manter uma ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória, e era tratado por psicoterapia, pelo uso de implantes e bombas penianas⁸.

Estudos vêm debatendo a medicalização das disfunções sexuais masculinas e destacando como esse processo é permeado de representações de gênero e sexualidade que reforçam o modelo hegemônico de masculinidades^{9 10 11}

Um estudo na Nova Zelândia com usuários da medicação viagra, discutem modelos e suas implicações nas condutas médicas, que tomam a diversidade como disfunção. Segundo esse estudo, os depoimentos contrastam com os conteúdos publicitários da indústria farmacêutica, evidenciando múltiplas possibilidades de exercício da sexualidade, que o tratamento medicamentoso nem sempre é necessário ou exitoso¹⁰.

Nesse sentido, os distúrbios do sistema reprodutivo masculino incluem uma variedade de condições que, afetam o sistema reprodutivo do homem. Esses distúrbios focalizam a genitália e, em alguns casos a sexualidade, o paciente pode apresentar ansiedade e constrangimento. Dessa forma, a enfermeira deve reconhecer a necessidade de privacidade do paciente, bem como de educação sexual.

A disfunção erétil, também chamada de impotência, atinge homens acima de 65 anos de idade, a disfunção erétil possui causas psicogênicas e orgânicas. As psicogênicas são: a ansiedade, a fadiga, a depressão, e a pressão para empreender o ato sexual. As causas orgânicas englobam, as doenças crônicas de forma geral, os medicamentos, o álcool, e o abuso de drogas¹¹.

O tratamento depende da etiologia, pode ser clínico ou cirúrgico. A terapia não cirúrgica inclui tratar as condições associadas, como o alcoolismo, e reajustar os agentes hipertensivos.

Os pacientes com disfunção erétil por causas psicogênicas são referidas para um profissional de saúde ou terapeuta sexual. Os pacientes com disfunção erétil secundária as etiologias orgânicas podem ser candidatos para implantes penianos.

A medicalização foi imposta a sociedade a partir do século XIX, como uma das principais características do discurso e da prática sobre a sexualidade masculina. Pode-se dizer que o próprio termo sexualidade, inventado em meados de século XIX, foi inscrito imediatamente no

registro da medicalização¹. A impotência masculina e seus diferentes tratamentos representam um dos exemplos ilustrativos desse processo de medicalização que se desenvolveram desde o início dos anos 80¹².

A terapia farmacológica o sildenafil o viagra é um medicamento oral para a disfunção erétil. Apesar da eficácia desse medicamento, apresenta efeitos colaterais como: a cefaléia, o rubor, e a dispepsia. O sildenafil está contra-indicado em pacientes com retinopatia diabética e cardiopatas.

Outras medidas farmacológicas para induzir ereções incluem os agentes vasoativos injetáveis. As complicações compreendem o priapismo uma ereção anormal persistente e o desenvolvimento de placas fibróticas nos sítios da injeção. Os implantes penianos estão disponíveis em dois tipos: o bastão semi-rígido e a prótese insuflável. O bastão semi-rígido deixa o homem com uma semi-ereção permanente, e a prótese insuflável simula as ereções e flacidez natural. As complicações depois do implante incluem: a infecção, a erosão da prótese através da pele e as dores persistentes que podem exigir a remoção do implante.

Em direção a desmedicalização?

A medicalização da impotência masculina contém as origens da desmedicalização dos tratamentos farmacológicos de todos os problemas relacionados com a sexualidade. A existência de medicamentos eficazes e bem tolerados e de simples utilização pode ajudar a resolver os problemas comuns da vida cotidiana, colocando efetivamente em questão a necessidade de uma prescrição médica.

O principal argumento apresentado pelos médicos e pela indústria farmacêutica para a necessidade de prescrição é que existem riscos e efeitos secundários associados às contra indicações do viagra. Isso nos sensibiliza a temática “morreu o viagra”, que havia surgido por ocasião do lançamento do medicamento, na literatura especializada e nos meios de comunicação.

O viagra, *pharmaKon* moderno apareceu como um remédio e como um veneno. O controle médico e a prescrição destinavam-se a proteger homens em risco potencial e, talvez, o laboratório contra um eventual processo. A questão dos graves riscos associados ao consumo de viagra desapareceu da imprensa médica.

As principais reações médicas ao fornecimento do viagra na internet manifestaram preocupação em relação ao desenvolvimento dessa situação, que não leva em conta os riscos

potenciais. O desenvolvimento das prescrições *on line* escapa, como sabemos, ao controle dos médicos. A facilidade da utilização do medicamento, a inexistência de riscos associados e seu alto custo não coberto pelo seguro-saúde pré-figuram sua utilização como automedicação, sob a forma de afrodisíaco. Os representantes dos médicos permanecem recomendando maior controle do viagra através de prescrições¹³.

Nesse sentido, consiste em considerar o viagra como uma droga de conforto, visando melhorar a qualidade de vida e o gerenciamento dos comportamentos diários. Assim, constituem um reposicionamento da função da medicina, no tratamento das doenças sexuais, contribuiria para a saúde dentro da definição da OMS, como uma forma de bem-estar físico, mental e social.

Logo, paradoxalmente, a medicalização da impotência masculina abre a porta para desmedicalização da sexualidade, excluindo os médicos, e colocando o desenvolvimento de normas de saúde e de sexualidade sob o controle da indústria farmacêutica.

Sexualidade humana e as implicações nos cuidados de enfermagem aos homens hospitalizados

As lacunas da educação sexual no processo de formação do enfermeiro são confirmadas por estudos, para quem é patente o despreparo cognitivo dos enfermeiros, e há necessidade desses sujeitos adquirirem embasamento suficiente acerca do processo de sexualidade, nas diferentes etapas do ciclo da vida humana, para que possam discernir o normal do patológico, reconhecer as conseqüências advindas das enfermidades e discutir com outras profissionais formas resolutivas dos problemas dos pacientes^{2 3 14}

É consenso entre autores que a educação em saúde é uma forma de o enfermeiro criar um espaço discursivo dos aspectos relevantes da sexualidade objetivando o comportamento do homem, responder e orientá-lo acerca dos possíveis efeitos colaterais de medicamentos que interferem na sexualidade^{3 11 14}.

Nessa perspectiva, os autores recomendam a educação sexual considerando-se os seguintes tópicos: a resposta sexual humana, os aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos que envolvem a sexualidade, os aspectos da sexualidade nas diferentes etapas do ciclo vital, a diversidade das práticas sexuais, o comportamento sexual de risco, a vulnerabilidade social, a redução de danos, as disfunções sexuais, a sexualidade em determinadas situações da

patologia como: a cardiopatia, o diabetes mellitus, as ostomias, as cirurgias mutiladoras; a sexualidade com a prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis; abordando aspectos de higiene, uso de preservativos, bem como as consequências advindas com promiscuidade e hábitos de vida sexual perigosa e modo de transmissão de doenças^{11 14}.

No percorrer da educação sexual, é preciso que o enfermeiro encampe o espaço do hospital, escola, indústria e empresas direcionando as atividades para o homem, a família e a comunidade. E por ser uma estratégia educativa que requer a participação de outros profissionais de saúde, recomenda-se que as ações sejam desenvolvidas no âmbito da interdisciplinaridade, com a inserção do enfermeiro, médico, psicólogo, sexólogo, dentre outros profissionais da saúde,

A satisfação pessoal e a capacidade de satisfazer sexualmente a parceira são preocupação comum entre os pacientes do gênero masculino. Os homens com necessidades especiais, como, por exemplo, o uso da traqueostomia pode precisar de cuidados com terapeuta sexual para encontrar, implementar e integrar suas crenças e comportamentos sexuais.

A enfermeira pode informar aos homens que serão estabelecidos grupos de apoio para pacientes com disfunção erétil e suas parceiras.

Discutir a sexualidade humana com os paciente do gênero masculino pode ser desconfortável para os profissionais de saúde. Pois, os profissionais podem apresentar inconscientemente, estereótipos relacionados com a sexualidade sobre pessoas que estão doentes. Além disso, os pacientes ficam, embaraçadas para iniciar uma discussão sobre essas questões com os profissionais de saúde. Como as alterações na função sexual constituem uma preocupação comum dos pacientes, é fundamental abordar essas questões quando se obtém a história de saúde do paciente.

Ao iniciar a avaliação sobre preocupações sexuais, a enfermeira demonstra que as alterações no funcionamento sexual são tópicos para discussão e propiciar um ambiente seguro para discutir.

Nessa perspectiva, a enfermagem dever oferecer cuidado ao homem para que tenha uma sexualidade com experiência de vida sexual prazerosa, informada, sem riscos de doenças, livre de violência e baseada na auto-estima, sem que questões do masculino sejam vistas separadas das do feminino¹⁵.

Assim, como a sexualidade é multideterminada, em oposição existe uma sexualidade que é individual e vai expressando-se de acordo com a evolução das etapas da vida e se moldando

conforme a influencia cultural. A feminilidade e a masculinidade são expressões femininas e masculinas são refletidas pelo aspecto físico, aparências, bem como pelo vestuário e pelas várias formas de comunicação verbal e gestual, pelo papel desempenhado perante a família e a sociedade papéis sociais e de relacionamentos¹⁶. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem deve considerar a identidade individual e os multideterminantes para produzir um cuidado integral.

A sexualidade é 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 da personalidade humana, presente desde a concepção até a morte. E composta por três aspectos: o biológico, o psicológico e o social esses aspectos estão interrelacionados e inseparáveis¹⁷.

O aspecto biológico considera a capacidade de um individuo dar e recebe prazer sexual portanto, engloba o funcionamento dos órgãos sexuais, que compreende o desejo, a excitação e o orgasmo¹⁸.

O aspecto psicológico contempla a auto-imagem sexual que se caracteriza por imagens que as pessoas têm de si própria como homens e mulheres, influenciadas pela imagem corporal¹².

O aspecto social envolve a questão de gênero, comportamento de uma pessoa, segundo a expectativa dos grupos que essa pessoa faz parte, e o papel sexual, modo como se mostra aos outros e a si próprio, sensação de se sentir homem ou mulher¹⁷.

Esses aspectos que envolvem a sexualidade quer seja, órgãos sexuais, imagem corporal, e a questão de gênero podem ser trabalhados, por exemplo, na mulher depois de uma discussão sobre a menstruação, e no homem perguntas relacionadas com o sistema urinário.

Considerações finais

Nesta reflexão apenas foi pontuada possível questão ligada à saúde do homem que, para serem devidamente abordadas, devem ser examinadas à luz de referências da sexualidade feminina que integram o imaginário social. Nesse sentido, a reflexão precisa ser amadurecida, falta-nos desvendar esse imaginário, tentando compreender os conteúdos que fala de tais questões.

Assim, as relações de gênero são fundadas em categorizações que permeiam a ordem social e são essas categorizações que determinam a dominação simbólica, pois, embora a sociedade ocidental tenha desenvolvido uma certa tolerância em relação às questões que

envolvem a sexualidade, os seus sistemas simbólicos permanecem inalterados e centrados na premissa da dominação masculina segundo a natureza como um instrumento mantedor da ordem social.

Neste trabalho, passa-se pela temática sexualidade masculina e implicações para os cuidados de enfermagem, de uma forma reflexiva e crítica com o intuito de enriquecer a base do estudo, bem como para provocar outras críticas que certamente irão gerar discussões a respeito do tema.

Assim, a discussão apenas começou.

Referências

1. Foucault M. História da sexualidade. Rio de Janeiro (RJ): 1976.
- 2 - Ressel LB, Gualda DMR. A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem? Rev Esc Enferm USP 2002; 36:75-9
3. Péla NTR, Melo AS, Santana VMS, Nhamba AL. A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem Rev Bras Sex humana 1995; 6:99-3
4. Nolasco S. Um homem de verdade. Editora Senac, São Paulo. 1997.
5. Gomes R. sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciência e saúde coletiva, 2003.8: 825-829,
6. Silva VLQ. Sexualidade masculina e saúde do homem na estratégia da saúde da família: trabalhando com a equipe a pesquisa –ação. Rev. Esc Enferm USP. 2010; 13:236-238.
7. Montorsi F Oral pharmacotherapy for erectile dysfunction: a personal view of experiences with three different drugs [Editorial]. Journal of men´s health gender 2004; 1:1-29.
8. Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? Ciência e saúde coletiva. 2005; 10:18-34.
9. Wintom MA. The medicalization of male sexual dysfunctions: an analysis of sex therapy journals. Journal of sex education therapy 25:231-239.
10. Potts A, Grace V. Viagra stories challenging erectile dysfunction. Social science medicine 59:489-499.
11. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 10°.ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

12. Giami A. Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. *Revista de saúde coletiva*. 2009; 19:637-58.
13. Giami A. A medicalização da sexualidade. Foucault Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade? *Rev. saúde coletiva*. 2005; 15:259-84.
14. Gir E, Nogueira MS, Péla NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000; 8:33-40.
15. Gomes R. sexualidade masculina, gênero e saúde . *Ciência e saúde coletiva*. 2009; 14:671-677.
16. Carvalho R de O. A enfermagem e a sexualidade: uma questão para não ser ignorada. *Enfermagem Brasil*. 2001; 5:9-14.
17. Mello A de S, Carvalho EC, Pela NTR. A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematologias. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14:2.
18. Lopes G. *Sexualidade humana*. 2.ed. São Paulo (SP): Medsi;1993.

Nota – A formatação desse texto foi baseado nas normas da Revista de Enfermagem da UERJ.

Quarto produto dos cuidados de enfermagem

9.4 O cuidar e os cuidados de enfermagem ao cliente oncológico adulto com traqueostomia de urgência

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar o cuidado da enfermagem e de suas implicações na recuperação do cliente com traqueostomia de urgência. Para tanto, tomarei como referencial teórico o modelo conceitual de Levine que propõe quatro princípios de conservação: da energia, das integridades estrutural, pessoal e social. Os dados foram coletados por meio de observação simples em um serviço de cirurgia oncológica de uma instituição pública da cidade do Rio de Janeiro, nos meses de Setembro a Dezembro de 2007. A amostra consistiu de 28 clientes em situação de traqueostomia de urgência. Os cuidados de enfermagem foram descritos, para cada problema relacionado, a partir dos princípios de conservação de Levine e também pela própria experiência da autora. Esse estudo demonstrou que a Teoria de Enfermagem torna-se um guia para o cuidado de enfermagem eficaz e deve ser utilizada para direcionar as intervenções do enfermeiro na prática do cuidar. Nesse sentido, os cuidados de enfermagem ao cliente devem ser voltados não somente para o aspecto biomédico, mas também para o lado pessoal e social, pois temos de prestar o cuidar/ cuidado de enfermagem ao indivíduo, contemplando-o como um todo.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Traqueostomia. Hospital. Cliente oncológico.

Introdução

Este trabalho foi requisito necessário para a conclusão da disciplina Seminário de Enfermagem Assistencial, com ênfase no cuidar/cuidado de enfermagem, como aluna especial do Programa de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A escolha da temática se deu pela convivência com cliente adulto hospitalizado em uso de traqueostomia de urgência. Essa experiência trouxe reflexões sobre como o cliente recebia os cuidados de enfermagem, tendo em vista que o procedimento de traqueostomia é uma intervenção que ocasiona ao cliente repercussões físicas, psíquicas e sociais.

Observa-se que na prática assistencial de cuidar, torna-se comum satisfazer as necessidades físicas do cliente, dando-se pouco destaque às necessidades psicossociais, principalmente em procedimentos cirúrgicos de emergência.

O termo traqueostomia é definido como um procedimento que envolve a criação de uma abertura cirúrgica na traquéia do terceiro ou quarto anel, permitindo a inserção de um tubo para a ventilação e remoção de secreções⁵. A colocação de uma cânula traqueal - seja de metal ou de silicone, tanto como cirurgia quanto como técnica é um dos mais antigos procedimentos de cirurgia de emergência.

Essa prática tem a finalidade de ajudar na respiração em casos de presença de tumor maligno na laringe, em manifestações agudas de insuficiência respiratória e em uso contínuo de situações crônicas, por exemplo, pessoas com câncer de laringe, em estágio avançado, necessitam submeterem-se a traqueostomia de urgência.

As traqueostomias podem ser classificadas em: preventiva, quando realizada em cirurgias; eletiva e curativa, quando ocorrem situações de dificuldades respiratórias que possibilitam manter segura as vias aéreas superiores (traqueostomia de urgência).

A indicação mais crítica para a traqueostomia é a obstrução aguda das vias aérea superior, causada por tumores malignos ou benignos, traumatismo facial grave e edema cervical inflamatório. Nesses casos, o cuidar e os cuidados de enfermagem é mais exigido.

O cuidar/cuidados de enfermagem em oncologia é complexa, pois inclui todas as ações do enfermeiro direcionadas ao cliente com câncer em situação de traqueostomia de urgência, desde a admissão na enfermaria, quando iniciam os cuidados que envolvem a preparação da unidade do cliente, até a educação relacionada à alta hospitalar.

Cabe aqui ressaltar que a traqueostomia não pode ser concebida apenas como um ato cirúrgico de caráter emergencial e de automatização, pois isso determinaria à equipe de enfermagem uma atuação rotineira voltada apenas para o atendimento de emergência, cuja forma de percepção acarretaria problemas ao cliente em situação de doença.

A traqueostomia, por ser na maioria dos casos de emergência, muitas vezes impossibilita o preparo do paciente sobre os cuidados pré-operatórios. Esse despreparo, somado ao desconforto e às tensões que caracterizam o câncer de laringe, impede a participação do cliente no processo terapêutico e também a sua recuperação ou restabelecimento da saúde. A intervenção do enfermeiro, nesse sentido, tem um papel fundamental.

O cuidar envolve dimensões físicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais; conhecimentos científico humanístico e cognitivo. Cuidar, portanto, é quando a pessoa que recebe o cuidado deve se sentir bem acolhido pelo cuidador, este deve oferecer ao cliente a essência de carinho e afeto permanente, respeitando-o como pessoa plena.

O modelo conceitual de Levine caracteriza o indivíduo como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente, necessitando de assistência para a recuperação da saúde. Isso o enfermeiro deve ter em mente, pois são características encontradas no cliente acometido por câncer de laringe, em uso de traqueostomia de urgência.

Nesse modelo, consideram-se dois tipos de ações de enfermagem: as terapêuticas, quando influenciam a adaptação e um bem – estar social; e as ações de apoio, quando não se pode alterar o curso da adaptação. Essas ações são mantidas, segundo Levine, por meio de quatro princípios de conservação: da energia, das integridades estrutural, pessoal e social do cliente.

O primeiro princípio de conservação consiste no equilíbrio entre a energia de saída e a energia de entrada, com o propósito de evitar cansaço excessivo. Nesse momento, utiliza-se repouso, nutrição e exercícios adequados.

O segundo se refere à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo. No caso de pacientes acometidos de câncer, fatores ameaçadores do meio ambiente expõem riscos a eles devido à natureza da evolução alterada pela imunidade.

O terceiro, o da integridade pessoal, reporta-se à manutenção ou recuperação da identidade e auto-estima do cliente. Um exemplo clássico dessa ação pode ser observado no modo como o enfermeiro chama o paciente, ou seja, pelo seu nome, valorizando e reconhecendo a sua singularidade. Além disso, o enfermeiro deve respeitar a opinião do cliente em relação à

escolha do tipo de tratamento que deseja realizar e também oferecê-lo a oportunidade de expressar suas ansiedades e expectativas em relação à recuperação de sua saúde.

O ultimo principio, o da integridade social, fundamenta-se no reconhecimento do cliente como um ser social, envolvendo a interação humana, particularmente aquelas que são importantes ao paciente. De acordo com Levine, a doença é frequentemente solitária, e nas horas estressantes as interações com outras pessoas tornam-se importantes para a recuperação.

O enfermeiro, como elemento de apoio às condições de adaptação do cliente em situação de doença, deve construir os cuidados de forma plena à pessoa traqueostomizada, distante da divisão biologista e mecanicista predominante.

Frente a estas considerações, este estudo tem o seguinte objetivo:

Descrever o cuidar e os cuidados de enfermagem e suas implicações na recuperação do cliente submetido a traqueostomia de urgência, baseando-se no Modelo conceitual de Levine.

Material e Métodos

O estudo foi desenvolvido a partir da análise comparativa do cuidar/cuidados ao cliente oncológico em uso de traqueostomia de urgência, à luz dos princípios de conservação de Levine.

O cenário da pesquisa foi à enfermaria de cirurgia oncológica de uma Instituição Pública Federal, especializada no tratamento de câncer. Por tratar de uma área específica de enfermagem, utilizamos os clientes acometidos de câncer da laringe sujeitos ao uso de traqueostomia de urgência que recebiam assistência de enfermagem. O motivo dessa escolha não foi aleatório, afinal, o câncer de laringe é um dos mais comuns, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas. A incidência é maior nos homens do que nas mulheres e atinge predominantemente a faixa etária acima de 50 anos de idade problemática deste estudo, portanto, foi formulada a partir de evidências do cotidiano hospitalar. Para a coleta de dados, construímos um roteiro baseado no modelo conceitual de Levine e utilizamos a observação simples como técnica de estudo. O instrumento para coleta dos dados foi elaborado considerando a situação clínica de saúde dos sujeitos, bem como a natureza das informações que se espera obter (ANEXO I).

Em 2006, ocorreram 194 procedimentos de pessoas em uso de traqueostomia de urgência que permaneceram internados na enfermaria sob os cuidados do enfermeiro, sendo um profissional legalmente habilitado para prestar o cuidar e os cuidados de enfermagem à clientela

admitida na unidade, como determina a Lei nº 7498/86, sobre o exercício profissional de enfermagem.

Resultados e Discussão

Na análise dos dados, tendo como base o objetivo proposto, foram elaborados os cuidados de enfermagem descritos para cada problema relacionado ao cliente em uso de traqueostomia de urgência, tomando como foco os quatro princípios de conservação propostos por Levine e também as experiências das próprias autoras. As informações referentes aos cuidados de enfermagem encontradas nesse estudo foram distribuídas e apresentadas em quadros a seguir.

Quadro 1 - Problemas relacionados ao Princípio da Conservação da Energia

Problemas encontrados	Cuidados de enfermagem terapêutica e cuidado de apoio
<ul style="list-style-type: none"> • Informa deglutição alterada e apresenta engasgos • Relata sono prejudicado devido à falta de adaptação com o uso da cânula traqueal 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentou-se lentamente e mastigou bem o alimento antes de engolir (terapêutica). • Melhorou a deglutição e os engasgos (terapêutica/ apoio). • Dormiu com a cabeceira elevada 45° (terapêutica). • Cliente respirou profunda e lentamente e se expressou com um sorriso de quem estava começando a se adaptar ao uso da cânula (terapêutica/ apoio).

A aplicação da Teoria de Levine, na prática do cuidado de enfermagem ao cliente em uso de traqueostomia de urgência, foi usada para direcionar as intervenções de enfermagem, baseado nos quatro princípios de conservação propostos por Levine. Nessa perspectiva, incentivou o enfermeiro a ter uma visão holística do cliente como sujeito do cuidado.

No primeiro quadro, reportamos ao modelo conceitual de Levine. Entendemos que o Princípio da Conservação de Energia estava afetado, porque o cliente informava deglutição alterada e apresentava engasgos freqüentes após o procedimento cirúrgico de traqueostomia de urgência. O enfermeiro deve, portanto, utilizar uma estratégia educativa para estimular e

educar o cliente nos horários das refeições, ensinando-o a mastigar bem os alimentos e a engolir lentamente.

No relato do cliente que teve o sono prejudicado pela falta de adaptação ao uso da traqueostomia, observa-se que o princípio de conservação da energia foi afetado, pois o cliente desenvolveu ansiedade em decorrência da insônia, ocasionando um gasto adicional de energia. Nesse sentido, compete ao enfermeiro ajudar o cliente a dispor uma posição no leito de maneira adequada e confortável, a fim de proporcionar um sono tranqüilo e agradável.

Quadro 2- Problemas relacionados ao Princípio da Conservação de Integridade Estrutural

Problemas encontrados	Cuidados de enfermagem terapêutica e cuidado de apoio
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência do sistema respiratório, apresentando tosse com expectoração de secreção purulenta. Paciente com cânula de traqueostomia metálica curta n° seis. • Queixa-se de dor de media intensidade na região cervical, local de inserção da cânula de traqueostomia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente foi acomodado sobre o leito com cabeceira elevado a 45° (terapêutica). • Senhor JPS apresentou melhora da tosse e permeabilidade da cânula traqueal (terapêutica). • Recebeu uma medicação analgésica injetável de tramal, aliviando a dor e reduzindo o gasto de energia (terapêutica/ apoio). • Paciente teve conhecimento da causa de dor (apoio).

No segundo quadro, o princípio da Conservação de Integridade Estrutural estava afetado, porque o cliente tinha risco de infecção relacionado à deficiência do sistema respiratório e apresentava tosse com expectoração de secreção purulenta pela cânula de traqueostomia. Entendemos que o procedimento cirúrgico acarreta desequilíbrio da integridade estrutural. A identificação do problema possibilitará ao enfermeiro planejar e implementar ações que minimizem os riscos de instalação de um processo infeccioso, ou seja, intervenções que configurem na conservação da integridade estrutural.

Um procedimento cirúrgico torna-se peculiar à infecção, pois ao mesmo tempo em que se rompe a barreira epitelial, desencadeia-se uma série de reações sistêmicas que facilitam a ocorrência de um processo infeccioso. Na presença de infecção, os quatro princípios de conservação propostos por Levine são afetados. A integridade estrutural é rompida (trauma

cirúrgico), havendo, obviamente, um gasto adicional de energia. O lado pessoal e social do cliente também são afetados, tendo em vista o surgimento de um novo acontecimento em seu processo de saúde-doença, processo este no qual a família também deve ser envolvida.

Mediante esses fatos, cabe ao enfermeiro implementar ações de cuidados visando à prevenção de infecção, maceração na pele ao redor do traqueostoma do cliente e dor. Esta é justificada pela presença de um trauma ocasionado pela quebra da barreira epitelial devido à lesão tecidual e a inserção da cânula metálica de traqueostomia sob anestesia local. A dor acarreta repercussões orgânicas, variando a intensidade. É importante frisar que a dor oncológica tem intensa importância clínica e um impacto negativo na qualidade de vida do cliente com câncer.

Flório e Glavão ao fazerem um estudo em enfermagem de centro cirúrgico detectaram vários fatores que devem ser observados para fazermos o diagnóstico da dor, tais como: idade, sexo, nível de instrução, ocupação e raça. O cliente quando expressa dor e não são prestados os cuidados necessários, poderá desenvolver ansiedade com alterações de sinais vitais, ocorrendo gasto adicional de energia. Nesse caso, o princípio de conservação de energia será afetado, como também os princípios de conservação da integridade estrutural e pessoal propostos por Levine.

Entendemos que o princípio de conservação de integridade pessoal foi abalada, pois devido à dor, ocorrerá uma redução das atividades desenvolvidas pelo cliente e, dessa forma, sentimentos de incapacidade podem surgir. Nesse sentido, compete ao enfermeiro ajudar o cliente e seus familiares para identificarem a dor e realizarem ações por meio de medidas de conforto e/ ou medicações prescritas, principalmente, no ambiente domiciliar.

Quadro 3 - Problemas relacionados ao Princípio da Conservação da Integridade Pessoal

Problemas encontrados	Cuidados de enfermagem terapêutica e cuidado de apoio
<ul style="list-style-type: none"> • Alteração na imagem corporal pela presença da cânula • Deficiência na comunicação verbal • Cliente apresentou sentimentos de ansiedade e expectativas em relação a sua recuperação de saúde e seu futuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressou quando se viu e enfrentou a mudança na sua auto-imagem frente à sociedade e seus familiares (apoio). • Cliente olhou-se no espelho e teve o contato com amigos e familiares (apoio). • Sr. JPS expressou suas necessidades básicas com o uso da comunicação não-verbal, como: escrita, labial, gestual, facial, por exemplo, um sorriso, e também pela lousa mágica (terapêutica/ apoio). • Paciente apresentou-se estimulado em usar as alternativas da comunicação não-verbal (apoio) • Senhor JPS se familiarizou com os termos e conceitos comuns de traqueostomia e os equipamentos reais, tais como: procedimento de traqueostomia de urgência, ostomia, cânula e endocânula de traqueostomia, aspiração, umidificação, cadarço de traqueostomia (terapêutica/ apoio). • Paciente aprendeu as medidas de cuidados da traqueostomia, tais como: cuidados com a pele; tosse efetiva; nebulização; limpeza da cânula e endocânula. (terapêutica / apoio)

Podemos observar no terceiro quadro que o Princípio de Conservação da Integridade Pessoal apresentava-se alterado, pois o cliente se deparava com o distúrbio da imagem corporal ocasionado pelo uso da cânula de traqueostomia, que também provoca afonia, afetando tanto o lado psicológico como o social.

A baixa auto-estima do cliente está relacionada à incapacidade de enfrentar ou aceitar as mudanças tanto da imagem corporal como no estilo de vida. Isto foi evidenciado pela dificuldade do cliente em se olhar no espelho, tocar e limpar o estoma e a endocânula. Dessa forma, o enfermeiro ao observar reações de baixa auto-estima do cliente deve traçar intervenções de

enfermagem, a fim de ajudar a desenvolver mecanismos de enfrentamento para que o cliente se ajuste ao estado alterado de saúde e ao novo estilo de vida.

Nessa perspectiva, devemos ajudar o cliente em uso de traqueostomia de urgência a adaptar-se a nova condição de vida, prestando os cuidados necessários, baseando-se em conhecimentos técnicos e científico e considerando as intervenções de enfermagem, como as terapêuticas e as de apoio, propostas pelo modelo conceitual de Levine.

Assim, o enfermeiro precisa planejar o cuidado para estimular o cliente a usar formas alternativas de comunicação não-verbais, tais como: a escrita, a labial, a gestual e a facial (sorriso, um piscar de olhos), tendo em mente que o cliente encontra-se com uma comunicação verbal prejudicada devido ao uso da cânula de traqueostomia. Seguindo o pensamento dos princípios de conservação de Levine, essas intervenções de enfermagem tornam-se terapêuticas e de apoio.

Zago et al afirma que a alteração da comunicação e a alteração da imagem levam alguns clientes ao isolamento social e também ao desenvolvimento de uma certa dependência prolongada de seus familiares, caracterizada pela mudança na participação da tomada de decisão em família.

A ansiedade provocada pelo procedimento cirúrgico de urgência afetou o cliente e sua família. Por ser uma situação de emergência, o cliente e a família têm poucas possibilidades, no pré-operatório, de receberem esclarecimentos sobre o procedimento, gerando medo do desconhecido e incertezas. Esse problema estava relacionado ao princípio da integridade pessoal proposto por Levine.

Ao analisar a ansiedade, seguindo o modelo conceitual de Levine, podemos entender que o princípio de conservação de energia também foi afetado, pois a cirurgia é uma situação estressante, a qual exige um gasto adicional de energia, além de submeter o cliente a situações desconfortáveis, como por exemplo, o uso da cânula de traqueostomia, seja ela temporária ou permanente.

Compete, desse modo, ao enfermeiro planejar as orientações do pré-operatório de traqueostomia de urgência, com a finalidade de esclarecer tanto o cliente quanto a família sobre o procedimento de urgência.

Quadro 4 – Problemas relacionados ao Princípio da Conservação da Integridade Social

Problemas encontrados	Cuidados de enfermagem terapêutica e cuidado de apoio
<ul style="list-style-type: none"> • Na admissão do paciente na enfermaria procedente da sala de cirurgia, apresentava Interação social prejudicada pela ausência de familiares e amigos na enfermaria. • A família sabe pouco sobre o procedimento realizado com o cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • O S° JPS permaneceu com seu filho durante a internação. Isso efetivamente promoveu a aproximação dos familiares no pós - operatório (apoio). • Cliente foi informado que sua família estava preocupada com seu estado de saúde, mas que eles tinham conhecimento sobre suas condições de recuperação plena para a saúde (apoio). • Os familiares tomaram ciência sobre as condições de recuperação de saúde do cliente (apoio). • Cliente recebeu a visita de familiares e amigos fora do horário de visita hospitalar (apoio).

No quarto quadro, observamos que os problemas relacionados ao Princípio de Conservação da Integridade Social foram afetados, porque a interação social do cliente apresentava-se prejudicada pela ausência de familiares e amigos na enfermaria, o que levou o cliente a apresentar respostas negativas insuficientes à interação e recuperação de saúde.

Quando o cliente chega à enfermaria para admissão, ele apresenta resposta negativa em decorrência do desconhecido. Zago et al afirma que a interação social alterada está relacionada à presença do traqueostoma e da afonia, às mudanças causadas pela doença ou cirurgia, que alteram o estado psicológico e atividades sociais do cliente.

Dessa forma, baseado no modelo conceitual de Levine, que valoriza o indivíduo como um ser completo, o enfermeiro deve decidir dentre as intervenções de enfermagem, baseando-se no problema identificado. Nesse sentido, esse profissional deve dar prioridade para a liberação de familiares e amigos, de maneira que eles permaneçam com o cliente no período de internação.

A falta de informação no pós-operatório também foi evidenciada. O cliente fez algumas perguntas sobre a permanência da traqueostomia, sobre a comunicação, alimentação, dentre outros assuntos. Da mesma forma que o cliente não sabia sobre os procedimentos pós-

operatórios, a esposa tão menos. Ela desconhecia o procedimento cirúrgico a que foi submetido o marido.

Dada essa complexa reestrutura do estilo de vida do cliente em uso de traqueostomia de urgência, a orientação pré-operatória e pós-operatória imediata se faz fundamental. Frente ao problema, compete ao enfermeiro planejar a orientação de enfermagem no pré-operatório, implementar ações de cuidado que minimizem as alterações da integridade social do cliente em uso de traqueostomia de urgência.

Conclusão

Apresentou-se uma proposta de aplicação baseada no modelo conceitual de Levine ao cuidar/cuidado do cliente em uso de traqueostomia de urgência. Esta proposta foi aplicada em quarenta clientes adultos de Setembro a Dezembro de 2007. Teve como objetivo analisar o cuidado de enfermagem e suas implicações na recuperação do cliente em uso de traqueostomia de urgência. Para coleta de dados, construímos um roteiro baseado no modelo conceitual de Levine.

Os resultados evidenciaram que nos cuidados de enfermagem identificados, o enfermeiro apresentou dificuldades para visualizar o cliente enquanto ser integral, observando e prestando os cuidados apenas com ênfase na cânula de traqueostomia, esquecendo-se, portanto, do aspecto social e psicológico do cliente.

Nesse sentido, evidenciamos que o enfermeiro poderá aplicar o modelo conceitual de Levine no cuidado ao cliente em uso de traqueostomia de urgência, passando a visualizá-lo em sua totalidade e valorizando as integridades de energia, estrutural, pessoal e social do cliente, e não, de forma fragmentada.

Consideramos que o ser humano interage em vários níveis: psicológico, social, físico e de energia. Cada um desses níveis se torna igualmente válido, necessitando ser considerado dentro de suas relações. Sugerimos, então, que na prática de cuidado ao cliente, o cuidar/ cuidado esteja fundamentado em uma Teoria de Enfermagem que contemple as necessidades afetadas, atenda à singularidade e esteja unificada entre a equipe de enfermagem da unidade de internação. Desse modo, dar-se-á continuidade ao tratamento com qualidade.

Acreditamos, assim, que este estudo possa colaborar cientificamente para o crescimento intelectual do enfermeiro na prática de cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar, de modo que ele venha ajudar o cliente na adaptação à doença, por ações baseadas em conhecimento. Propor a construção da ciranda de cuidados para o cliente oncológico em uso de traqueostomia de urgência, atendendo-o em todas as necessidades, de forma a vê-lo de forma integral, respeitando a individualidade permitindo, assim, a continuidade do cuidado.

ANEXO I**Roteiro de coleta de dados fundamentado no modelo conceitual de Levine****1 – Identificação do cliente**

Nome _____

Idade _____ sexo _____ estado civil _____

Escolaridade _____

Religião _____ ocupação _____

1,2 Dados relacionados ao princípio de conservação de energia**A – Sistema Respiratório**

Respiração _____ ipm

Características: () eupneico () dispnéico () taquipneico () ruidosa

Sintomas de fadiga: () sim () não

B – Sistema gastrintestinal

Peso _____ Kg Altura _____

Abdome: () plano () distendido () globoso () escavado

Apetite: () diminuído () aumentado

C – Sistema cardiovascular

Frequência cardíaca _____ bpm

Pressão arterial _____ mmhg

Pulso: () ítmico () arrítmico () cheio () taquicardico () bradicardico () fino

D – Sistema músculo esquelético

Deambulação: () preservada () prejudicada

E – Sistema tegumentar

Temperatura _____ °C () axilar () oral () retal

F – Sistema imunológico

Alergia () sim () não () não sabe Quais? _____

G – Sistema neurológico

Orientado no tempo e espaço () sim () não

Acuidade visual e auditiva _____

1.3 Dados relacionados o princípio de conservação da integridade estrutural

A – Fatores de riscos relacionados ao cliente cirúrgico de urgência

Cirurgia proposta _____

Anestésico _____

Utilização de antibióticos () sim () não Especificar _____

B – Integridade cutânea mucosa

Local da incisão _____

Potencial de contaminação da cirurgia atual () limpa () potencialmente contaminada
() contaminada () infectada

1.4 Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade pessoal

Privacidade preservada () sim () não Especificar _____

O cliente é chamado pelo nome () sim () não

Sentimentos do cliente () angustia () agitação () medo () isolamento () sonolento

Conhecimento do cliente em relação o procedimento de urgência

() nada () pouco () suficiente () muito

O cliente comunica-se por estratégias não verbais

() gestual () mímica labial () escrita na lousa () expressões faciais

1.5 Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade social

Presença da família a beira do leito () sim () não

Elo de ligação grau de parentesco _____

A família participa dos cuidados de enfermagem ao cliente no hospital () sim () não

O que a família sabe sobre o procedimento de traqueostomia de urgência que o cliente foi submetido () nada () pouco () suficiente () muito

Houve mudança na vida pessoal do cliente após o procedimento de urgência

() sim () não Quais? _____

Houve mudanças na ocupação do cliente em consequência a traqueostomia

() sim () não Quais? _____

Referências

- 1 - **Tipos de câncer de laringe.** Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332> Acesso em: 08 out. 2007.
- 2 - COREN <<http://www.coren-df.org.br/site/materias.asp?ArticlesID=810>> Acesso em: 08 out. 2007.
- 3 - FLÓRIO, M.C.S; GALVÃO, C.M. **Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório.** Rev Latino-Americana em Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, nº 5, 630-37, 2003.
- 4 - **Rotina interna do serviço de terapia analgésica oncológica.** Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332> Acesso em: 08 out. 2007.
- 5 - FLÓRIO, M.C.S; GALVÃO, C.M. **Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório.** Rev Latino-Americana em Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, nº 5, 630-37, 2003.
- 6 - BASSO, Rejane Scanagatta; PICOLI, Marister. **Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentada no modelo conceitual de Levine.** Revista eletrônica de enfermagem, v. 06, nº 03, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acessado em 15 out. 2007.
- 7 - COELHO, Maria Jose. **Os bastidores da assistência: o cliente em risco de vida e a enfermagem na unidade do hospital de emergência.** Rio de Janeiro: Universidade Federal Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- 8 - MOCK, V et al. **Using a conceptual model in nursing research-mitigating fatigue in cancer patients.** Journal of Advanced Nursing, p. 503-512(10), June 2007.
- 9 - LIMA, E.M.S; COELHO, M.J. **O cuidar e os cuidados de enfermagem ao cliente com fístula faringocutânea. O resgate da esperança no enfrentamento das necessidades.** In: SENPE, 14. 2007, Florianópolis, Santa Catarina. Anais.
- 10 - PICCOLI, M; GALVÃO, C.M. **Enfermagem perioperatória: identificação do diagnósticos de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine.** Revista Latino-Americana em Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, nº 5, 630-37, 2003.
- 11 - SILVA, L.S.L; PINTO, M.H; ZAGO, M.M.F. **Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório.** Revista Brasileira de Cancerologia, São José do Rio Preto, v. 48, nº2, 213- 21, abr/mai/Jun 2002.
- 12 - COELHO, M.J. **Maneiras de cuidar em enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, nº 6, 745-51. 2007

Continuidade

Quando um grupo de reunião permanece estável durante meses e anos, profunda comunhão e confiança se desenvolvem, junto com a capacidade de prolongar-se no silêncio por períodos de tempo cada vez maiores.

No final, o que realmente importa é a continuidade. Um caminho não será um caminho sem isso.

Quando encontrarmos nosso caminho escolhido, precisaremos continuar nele.

Quando fizermos isso, teremos mudado profundamente e nos encontraremos participando da paz que está além do entendimento.

(Norris, Gunilla, 2007)

No Brasil são esperados em 2012, 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 de enfermagem aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe. Ao desenvolvermos o estudo, respondemos os seguintes objetivos: apresentar o perfil socioeconômico dos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe; analisar as necessidades de cuidados de enfermagem sob a ótica desses homens e descrever os cuidados de enfermagem 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), para o desenvolvimento do estudo, utilizou-se o método misto, com observação sistemática, registros em diário de campo, entrevistas e o sistema de informação hospitalar absoluta.

Os resultados evidenciaram que, quanto ao perfil socioeconômico, dos homens hospitalizados com traqueostomia eram homens casados, na sua maioria 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 de enfermagem 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 que pode ser baseado nos resultados do perfil do homem hospitalizado.

Na categoria explicativa de casos múltiplos observou-se que os cuidados de enfermagem recebidos foram baseados nos problemas de saúde dos homens que evidenciando as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabetes 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 a frequência dos cuidados de enfermagem recebidos que se mostraram que não ocorreram possibilidades para oferecer um cuidado integral ao homem hospitalizado com traqueostomia. Sendo assim, 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 pensante e 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, como é também colocá-los 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.

Nesse panorama, o cuidado de enfermagem envolve proporcionar conforto, manter segurança, abordar as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e informar estratégias de adaptação para o homem no ciclo doença-saúde-cuidado.

Nas necessidades de cuidados de enfermagem 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 auto-imagem 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 desconhecida. 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.

Chamaram 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 evidenciou-se 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 é fundamental que se busquemos 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 de enfermagem recebidos pelos homens hospitalizados com traqueostomia e as necessidades 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.

10.1 Restrições do estudo

Apesar das limitações do estudo, por ter sido realizado em uma única instituição hospitalar, somente no município do Rio de Janeiro, da pesquisadora não ter sido liberada da carga horária pela divisão de enfermagem para desenvolver o estudo 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.

10.2 Recomendações e materialização da idéia

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 cuidar 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, bio-psico-sócio-espiritual. Pesquisar em outros hospitais, municípios e estados do Brasil a temática da saúde do homem e os cuidados de enfermagem.

Que sejam criados grupos de estudos, cujo centro de interesse seja pesquisar as situações inerentes dos cuidados aos homens com câncer, Pois hoje no Brasil, temos 48% de homens e em torno de 90 milhões.

Nesse sentido, a materialização da ideia baseia-se nos resultados do estudo onde propomos a reconstrução do material educativo impresso de “orientações aos pacientes com traqueostomia” (Anexo C), a fim de inclui questões relacionadas ao cuidado com a vida íntima, colar protetor para higiene corporal, higiene da boca, doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, tipos de cânulas, cuidado com a barba, cuidado com o tabagismo, incentivo ao programa do tabagismo, trabalho e tipo de ocupação.

A proposta da reconstrução do material educativo, com essas questões é oriundo dos resultados desse estudo; e seu conteúdo deve ser elaborado a partir desses resultados, com a participação ativa dos homens.

A ideia é reconstruir um material cuja programação visual e o conteúdo facilitem e uniformizem as informações no entendimento do homem com traqueostomia no cuidado na vida diária. Pois é uma forma de ajudar os homens entenderem o processo de saúde-doença-cuidado e trilharem os caminhos da recuperação para a saúde.

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 mais atenção, pois, eles são os nossos sobrinhos, cunhados, amigos etc... E dessa forma, avançar a política implantada em 2008 e a construção de conhecimentos de Enfermagem brasileira.

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

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 Silvia 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.

ATLAS.TI. **Software**. Disponível em: <<http://www.atlasti.com>>. Acesso em: 10 de janeiro 2012.

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.

BARICHELLO, E. **Proposta de protocolos de cuidado com a traqueostomia do laringectomizado**. 2002. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2008.

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** 10º 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 nº1 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 á 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. 2°. Edição. Revisada. Brasília, 2003.

_____.Ministério da Saúde. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.** Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer. Volume 2°. 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.** 5ªedição. 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

Conselho Federal de Enfermagem em 1993. **Código de ética de enfermagem**. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov.br> >. Acesso em: 30 de Outubro de 2010

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 Otorhinolaryngolgy** 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.

GALDEANO LE.; ROSSI ,LA.; ZAGO, MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v 11, n° 3, p. 371-5, 2003

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 pública 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**. 14° 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 n°4, 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, n° 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, n° 2, p. 287-91, 2005.

LEOPARDI, MT. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2.ed. Florianópolis, 2002.

LIMA, A.L et al Laringectomia supracricóide (CHEP) para câncer glótico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgião.** 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 diagnóstico 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.

POLIT, D.F., **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Arte médicas, 2004.

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.

POPE, C; MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed.. In: CATHAIN, A.O.; THOMAS K. **Combinando métodos qualitativos e quantitativos.** Porto Alegre: Artmed. 2009 p.117-26

POPE, C; MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3°ed. In: BRITTEN, N. **Entrevistas qualitativas.** Porto Alegre: Artmed. 2009 p.22-31.

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.edu/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/nepae/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.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Instruções: As perguntas foram formuladas pela pesquisadora oralmente e por escrito.

1 - O que o senhor sabe sobre a traqueostomia?

2 - Quais os cuidados de enfermagem que gostaria de receber ou recebeu quanto a? Porque?

2.1 Aparência de ser homem com traqueostomia

2.2 A vida sexual com traqueostomia

2.3 Ser homem com traqueostomia no cotidiano

2.4 Como o senhor mantém a traqueostomia limpa

2.5 Como o senhor se comunicar com a traqueostomia

2.6 Banho, e limpeza da boca.

2.7 Forneceram material educativo de cuidados com a traqueostomia

2.8 Tosse, umidificação e oxigenação.

2.9 Secreção e aspiração

APÊNDICE B - ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA

Iniciais do sujeito..... Pseudônimo.....
 Idade N° do prontuário.....
 Data da observação.....Início..... Termino.....
 Instituição.....
 Duração da observação.....
 Tempo de traqueostomia..... Data do procedimento.....

Instrução: utilizar uma ficha para cada observação

Descrever os seguintes aspectos a serem observados:

Descrição do ambiente físico do sujeito
 Descrição do participante
 Descrição dos cuidados de enfermagem
 Descrição dos resultados dos cuidados realizados

Observar: os cuidados de enfermagem oferecidos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia. Tendo como base a Tipologia de Cuidados de COELHO, 1997.

Rio de Janeiro, -----de-----.

APÊNDICE C - INSTRUMENTO TIPOLOGIA DE CUIDADOS PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

	Sim	Não	OBS
1-Cuidado Solidário			
2-cuidado do Ambiente			
3-Cuidado da promoção a Saúde			
4- cuidado do engajamento no grupo social (na enfermaria, no quarto, no Setor/Unidade/Serviço) etc)			
5- Cuidado de equilibrar o organismo			
6- Cuidado de resgatar os aspectos que se encontram encobertos pela hospitalização			
7- cuidado de considerar o gênero masculino			
8 -Cuidado de lidar com as prioridades masculina			
9 -Cuidado de se colocar no lugar do outro			
10- Cuidado com simpatia			
11-Cuidado de chamar pelo nome próprio			
12- Cuidado de ter uma relação enfermeiro-cliente integrada			
13-Cuidado de mudar a visão conceitual de paciente para cliente			
14-Cuidado de respeitar a individualidade			
15-Cuidado de se apresentar como enfermeiro			
16-Cuidado de receber explicação de quaisquer procedimentos de enfermagem			
17-Cuidado de olhar de forma holística			
18 -Cuidado de pensar e construir o cuidado em si			
19-Cuidado de compor o cuidado baseado em princípios filosóficos e teóricos			
20-Cuidado de levar em consideração o cliente como ser histórico, político e cidadão			
21-Cuidado de ouvir			
22-Cuidado de assistir			
23-Cuidado de orientar,			
24-Cuidado de ter amor			
25-Cuidado de diagnosticar as necessidades humanas básicas			
26-Cuidado de interagir			
27-Cuidado de confortar			
28-Cuidado de ser honesto e verdadeiro			
29-Cuidado com a fé e a espiritualidade			
30-Cuidado de higienizar o corpo			
31 - Cuidado na suspensão de exames			
32-Cuidado de registrar			

33-Cuidado de admitir			
34- Cuidado de implementar os cuidados necessários			
35-Cuidado de compartilhar com os outros profissionais de saúde			
36-Cuidado de instituir o tratamento e os cuidados simultaneamente			
37-Cuidado de cuidar para saída/alta,			
38-Cuidado para os exames complementares			
39-Cuidado para morte com dignidade			
40-Cuidado de cuidar dos amigos do cliente			
41-Cuidado da sua família			
42-Cuidado por um dia			
43-Cuidado religioso			
44-Cuidado da morte súbita			
45-Cuidado da parte legal, ética e dos direitos humanos			
46-Cuidado com ciência			
47-Cuidado com desafio			
48 – cuidado transcultural			
49-Cuidado (in)visíveis da infecção hospitalar			
50-Cuidado dos profissionais do cuidado			
51-Cuidado na passagem das informações			
52-Cuidado nas dificuldades financeiras			
53-Cuidado do corpo transformado			
54-Cuidado dos enfermeiros masculinos			
55-Cuidado dos técnicos e auxiliares de enfermagem masculinos supostamente sadios ou quando enfermos			
56-Cuidado na implantação de cateteres, sondas etc			
57-Cuidado no risco de agravamento do quadro clínico,			
58-Cuidado no caos entre a vida e a morte			
59-Cuidado de alerta			
60-Cuidado de guerra			
61-Cuidado com o resgate da arte e da criação			
62-Cuidado na tessitura dos cuidados			
63-Cuidado descrito no prontuário eletrônico ou impresso			
64-Cuidado no momento de decisão			
65-Cuidado da (re)animação da vida			
66-Cuidado preventivo para as quedas			
67-Cuidado dos líquidos corporais que saem e entram no corpo			
68- Cuidado de apoio emocional			
69 -Cuidado na suspensão das altas hospitalares e cirurgias			
70-Cuidado nas doenças crônicas degenerativas			
71- Cuidado nas lesões cutâneas do corpo			
72-Cuidado da auto-imagem comprometida			
73-Cuidado de vidas modificadas-retratos de famílias			

74-Cuidado conciliador			
75-Cuidado nos procedimentos invasivos			
76-Cuidado solidário			
77-Cuidado do imaginário social			
78-Cuidado noturno			
79-Cuidado diurno			
80-Cuidado dos alunos como futuros profissionais			
81-Cuidado do corpo morto e semimorto			
82-Cuidado do corpo íntegro ou de suas partes			
83-Cuidado desafiador,			
84-Cuidado com as infecções cruzadas			
85-Cuidado contingencial			
86-Cuidado contínuo			
87-Cuidado dinâmico			
88-Cuidado expressivo			
89-Cuidado anônimo			
90-Cuidado multifaces			
91-Cuidado solidário			
92-Cuidado confortável			
93-Cuidado Sensível			
94-Cuidado a margem social			
95-Cuidado da população masculina de rua			
96-Cuidado mural			
97-Cuidado perto-distante			
98-Cuidado da Enfermagem quando a imagem reflete no espelho do cuidar			
99-Cuidado dos cuidados mais freqüentes			
100-Cuidado por um plantão			
101-Cuidado em grupo e/ou comissão			
102-Cuidado confortável			
103-Cuidado sensível			
104-Cuidado prescritivo oralmente			
105 – Cuidado Nutricional: Nutrição oral Nutrição parenteral Nutrição enteral			
106 – Cuidado no controle da hemorragia			
107 – Cuidado no controle da hipervolemia			
108 – Cuidado no controle da hipovolemia			
109- Cuidado na inserção endovenosa: endovenosa ou intravenosa			
110- Cuidado na terapia endovenosa (ev ou iv), isto é, administração e controle de líquidos e medicamentos intravenosos			

- 111- cuidado com cateter central inserido perifericamente (picc) –
- 112 –cuidado no controle de arritmias, isto é, prevenção, reconhecimento e implantação do tratamento de ritmos cardíacos.
- 113 – cuidado na embolia, isto é, complicações para paciente com ou em risco de oclusão da circulação periférica.
- 114 – cuidado no controle de líquidos , isto é, equilíbrio de líquidos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de líquidos
- 115 – cuidado na monitorização de líquidos , isto é, análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de líquidos
- 116 - cuidado na reposição rápida de líquidos , isto é, administração de líquidos intravenosos prescritos.
- 117- Cuidado no sangramento gastrointestinal
- 118 – Cuidado no sangramento nasal
- 119-Cuidado no sangramento, isto é, perda de sangue de uma lesão que pode ser resultante de trauma, incisões ou colocação de uma sonda ou cateter
- 120 – Cuidado na administração de derivados do sangue, isto é, administração de sangue ou derivados do sangue e monitoramento da resposta do cliente/paciente
- 121- Cuidados com lesões na drenagem fechada e/ou aberta
- 122- Cuidado no tratamento da hipotermia
- 123-Cuidado no tratamento da hipertemia
- 124 – Cuidado na assistência ventilatória
- 125 - Cuidados com o local de incisão cirúrgica
- 126 – Cuidado no controle da pressão sobre áreas do corpo.
- 127 – Cuidado na prevenção de úlceras por pressão, isto é, prevenção de úlceras por pressão em cliente/paciente com alto risco de desenvolvê-las.
- 128 – Cuidados com a pele: aplicação de substâncias tópicas ou manipulação e recursos para preservar a integridade da pele.
- 129 – Cuidado na prevenção ou minimização de fatores de risco no cliente/paciente com risco de bronco-aspiração.
- 130-Cuidado na administração e monitorização de oxigenoterapia
- 131- Cuidados com sondas, drenos e cateteres
- 132 – Cuidado no preparo cirúrgico pré, trans e pós
- 133 – Cuidado no controle de vias aéreas
- 134 –Cuidado na aspiração de vias aéreas
- 135 – Cuidado na administração de medicamentos parenteral oral,
ocular,
inalação,
subcutânea,
tópico
retal
- 136 – Cuidado no preparo de medicamentos
- 137- Cuidado de controle de gotejamento
- 138 - Cuidado de lavagens das mãos
- 139 - Cuidado no controle da hiperglicemia

- 140- Cuidado no controle da hipoglicemia
- 141- Cuidado de higiene oral

- 142 - Cuidado de lavagem de cabelo e couro cabeludo:
- 143 - no cuidado de tricotomia
- 144 - no cuidado de transferência para outro setor
- 145 - no cuidado de recolhimento e encaminhamento de pertences
- 146 - Cuidados pós-morte
- 147 - Cuidados de encaminhamento do corpo
- 148- Cuidados com próteses - qualquer aparelho ou recurso tecnológico removível
- 149- Cuidado de banho/higiene pessoal com ajuda

- 150 - Cuidado: vestir-se/arrumar-se
- 151- Cuidado com os pés
- 152- Cuidados com os olhos
- 153 - Cuidado com os cabelos
- 154 - Cuidado com as unhas
- 155 – Cuidado no controle do ambiente: quanto ao conforto e bem estar
- 156 – Cuidado na aplicação de calor/frio
- 157- Cuidado no controle da dor
- 158 – Cuidado no toque terapêutico
- 159 - Cuidado à pessoa no ato alimentar
- 160 – Cuidado no controle do peso
- 161 - Cuidado no transporte - movimentação de um cliente/paciente de um local para outro.
- 162 – Cuidado na alimentação por sonda enteral
- 163 - Cuidados na incontinência urinária
- 164 - Cuidados na incontinência urinária: enurese
- 165 - Cuidado de higiene íntima
- 166 - Cuidados com o repouso no leito
- 167 – Cuidado na contenção física- aplicação, monitoramento e remoção de recursos de contenção mecânica ou manual
- 168 – cuidado no posicionamento e transporte por cadeira de rodas, maca-leitos deambulação
- 169 – Cuidado na cateterização vesical
- 170 – Cuidado no controle da eliminação urinária espontânea
- 171 – Cuidado na incontinência intestinal
- 172 - Cuidados com ostomias
- 173 – Cuidado com as informações na passagem de plantão
- 174 – Cuidado na interpretação de dados laboratoriais
- 175 - Cuidado na proteção dos direitos do cliente/paciente quando:
adolescente, se houver
idoso, se houver
adulto
necessidades especiais

integrante de grupos de minoria 176 – Cuidado na verificação do carro para emergências 177 – Cuidado no ouvir ativamente - prestar atenção e agregar sentido às mensagens verbais e não-verbais 178 – Cuidado no suporte emocional 179 – Cuidado na instilação de esperança 180 – Cuidado nos rituais religiosos - participação em práticas religiosas 181 – Cuidado na redução da ansiedade expressa 182 – Cuidado de emergência 183 - Cuidado na reanimação cardiopulmonar 184 - Cuidado no controle de infecção hospitalar 185 - Cuidado de biosegurança 186 - Cuidado pre-desinfecção, pre-esterilização e desinfecção de material usados nos cuidados 187 - Cuidado de identificação de risco 188 - Cuidado de verificação e monitorização de sinais vitais 189 - Cuidado de suporte à família 190 - Cuidado de encaminhamento para exames 191 - Cuidado de controle de entrada e saída de líquidos corporais 192 - Cuidado de controle de mudanças de decúbito 193 - Cuidado de contenção mecânica 194 – Cuidado admissional 195 – Cuidado inter-pessoas 196 - Cuidado proxêmico 197 – Cuidado Tactico 198 – Cuidado Cinésico 199 – Cuidado com os sinais vitais 200 - Cuidados com o uso de Guedel 201 – Cuidado ao retirar a vítima de um veículo 202 - Cuidado de controle do tempo cronológico - TEMPORAL 203 – cuidado de providenciar material 204 – Cuidado com as imobilizações 205 – cuidado com as eliminações vesicais 206 – Cuidado com as eliminações intestinais 207 - Cuidado com as pessoas que o paciente gostaria que tivesse informações suas			
--	--	--	--

Instrumento elaborado pela Profa. Dra. Maria José Coelho

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Os cuidados de enfermagem aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia”.

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado a participar de um estudo de enfermagem que envolve os homens adultos hospitalizados com traqueostomia, que recebem os cuidados de enfermagem durante sua hospitalização.

Este estudo pretende ampliar e renovar o conhecimento científico e a discussão na área de Enfermagem acerca deste assunto fundamental para a estruturação do cuidado de enfermagem, para a construção de uma prática de qualidade que busca resultados eficazes nos cuidados oferecidos aos homens hospitalizados com traqueostomia.

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

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Descrever as necessidades dos cuidados de enfermagem sob a ótica do homem hospitalizado com traqueostomia
- Analisar os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens adultos hospitalizados com traqueostomia
- Apresentar o perfil dos homens hospitalizados com traqueostomia

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste, após sua autorização, faremos a coleta de dados em três momentos: uma entrevista, que será escrita sob autorização prévia dos sujeitos. Garantindo o sigilo sobre a sua identidade e de todos os participantes deste estudo. O segundo momento será a observação não participante, onde será observado o cuidado de enfermagem oferecido a você, e posteriormente analisado de acordo com a literatura de enfermagem e ciências afins. E por fim, a coleta do perfil do sujeito no Sistema de informação hospitalar Absolute (SIHA).

MÉTODOS ALTERNATIVOS

Não existem métodos alternativos à participação deste estudo. Caso não seja seu desejo participar, e nenhum dado seu será coletado nem haverá prejuízo de seu tratamento.

RISCOS

Não existem riscos físicos, caso você participe ou não deste estudo. Fique à vontade sempre que julgar necessário para interromper a entrevista e conversar com a pesquisadora responsável pelo estudo, que estará disponível para responder a todas suas perguntas. O seu cuidado será exatamente o mesmo caso você participe ou não deste estudo. Sua participação no estudo não traz nenhum risco para você durante o seu tratamento na instituição.

BENEFÍCIOS

Este estudo poderá não trazer benefício imediato a você, mas através de seus resultados, e do conhecimento científico gerado, poderemos atender melhor aos homens hospitalizados com traqueostomia. Da mesma forma tenciona-se que ele sirva como subsídio para futuros trabalhos na área de Enfermagem.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS.

O seu acompanhamento durante todo o estudo será feito pela pesquisadora responsável, a enfermeira Ana Angélica de Souza Freitas, que poderá ser contatada a qualquer momento pelos telefones (21) 7408-9183 ou (21) 3207-1245, e-mail: souzaaafreitas@yahoo.com.br ou pela Profa. Dra. Maria José Coelho tel: (21) 9945-2931 (21) 2226-3712, e-mail: zezecoelho@yahoo.com.br

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Além da equipe de saúde que cuidará de você, seus registros poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e equipe de pesquisadores envolvidos. Está garantido o sigilo de sua identidade, sua privacidade e a confidencialidade da origem dos dados ainda que informações de seu registro sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação científica, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de estudo, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação neste estudo.

CUSTOS (Ressarcimento e indenização)

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o paciente pela sua participação no estudo. Caso tenha despesas no decorrer do estudo será de inteira responsabilidade da pesquisadora responsável pelo estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária, e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento mesmo após a entrevista, sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, deve ser comunicada a pesquisadora responsável do estudo, e você será imediatamente retirado do estudo. **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

Nós estimulamos a você ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento do estudo. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 32076551 ou (21) 32076565, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

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

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura do Paciente) dia mês ano

(Nome do Paciente – letra de forma)

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

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

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

APÊNDICE E – PARECER: CRITÉRIOS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE CONFERÊNCIA COM ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

218

APÊNDICE E – PARECER: CRITÉRIOS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE CONFERÊNCIA COM ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

Título do estudo: Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe

Nesse estudo os critérios que envolveram os processos de confiabilidade e validade dos resultados foram desmembrados na qualidade do estudo e a interpretação dos resultados

A validade mostrou que os métodos utilizados propiciaram a consecução fidedigna dos objetivos do estudo.

Na metodologia o método com abordagem mista empregada foi adequado ao tipo de estudo realizado, descrito de forma clara coerente e completa, descreve o sujeito estudado adequadamente, assim como o processo de coleta de dados e os instrumentos utilizados. Explicita a análise e dados de forma apropriada ao estudo.

Os resultados apresentam-se de forma clara e objetiva, os achados correspondem aos objetivos propostos. As tabelas, organogramas, quadros, gráficos e anexos foram construídos de forma adequada. A discussão apresenta-se de forma pertinente e com consistência e produção de conhecimento novo. Evidencia-se que os resultados foram confrontados com outros estudos e a pesquisadora analisou as limitações do estudo.

O uso de múltiplas análises influenciou na determinação do grau de certeza dos resultados. As análises e apresentação dos dados qualitativos e quantitativos foram fundamentais para a interpretação dos resultados.

As descrições ricas e detalhadas dos resultados foram critérios de confiabilidade e validade, utilizaram-se métodos de reflexão e compreensão com respeito à experimentação de novos conceitos, ferramentas como o software Atlas.ti. A pesquisadora nos procedimentos de busca e na análise dos resultados gerou condições para pesquisadores reconstruir outros estudos em cenários de pesquisa diferentes.

Evidencia-se a técnica de triangulação no estudo como critérios de validade e confiabilidade, foi coletado diferente tipo de dados e interpretados sobre o mesmo fenômeno caracterizando a triangulação. Observa-se que a pesquisadora utilizou várias fontes de informação como entrevista observação e banco de dados onde enriqueceu a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado.

A técnica de triangulação forneceu visões complementares sobre um mesmo fenômeno, a pesquisadora utilizou o sistema de triangulação como premissa metodológica de validação e legitimação.

Teve certo grau de reflexividade desde a definição do roteiro para coletado de dados de entrevista, da seleção da instituição a ser pesquisada, no critério de seleção dos sujeitos que seriam entrevistados e, principalmente, na relação da pesquisa empírica e teórica. Esse olhar vigilante garantiu a apreensão do discurso científico, com a análise dos resultados, colocada em reflexão a fim de apontar rumos essenciais na produção do conhecimento científico no âmbito da enfermagem.

A construção do corpus no estudo foi critério de confiabilidade e validade que se caracterizou com quarenta e sete homens sujeitos do estudo. A pesquisadora realizou as entrevistas, o corpus foi suficiente para que pudesse obter conhecimentos sobre os cuidados

219

de enfermagem aos homens hospitalizados com traqueostomia. Isso permitiu que a pesquisadora tivesse opinião do ponto de vista diferenciado quanto a várias categorias temáticas que surgiram na análise dos dados, como também o volume de informações foi adequado devido à riqueza dos dados avaliados após as entrevistas, fato que permitiu a saturação teórica.

Para concluir, chama-se a atenção para a relevância da presente discussão e destaca-se que seja fundamental para a credibilidade da pesquisa no campo da enfermagem.

Assinaturas das pareceristas

Lindalva Roberta de F. Lopes

Lindalva Roberta de F. Lopes
CORF 1720

Márcia-Santos

Márcia Santos

Márcia Santos
Enfermeira CORF 14831
INCA

Rio de Janeiro 19 de Março de 2012



Absolute.Ink

Pacientes [Instituto Nacional de Câncer]

Arquivo Exibir Relatórios Ferramentas Ajuda

Cadastro

Prontuário Nº Prontuário Origem Situação Data Situação
 Nome Completo Sobrenome
 Data de Nascimento Idade Idade Aparente Data Inclusão Sexo

Identificação

Nacionalidade Estado do Nascimento Cidade País
 Endereço Número
 Complemento CEP
 Cidade Estado
 Situação Residencial País E-Mail
 Telefone Telefone Telefone Tipo
 Clínica

Pacientes

- 0 Cadastro
- 1 Documentos
- 2 Matrículas
- 3 Complemento
- 4 Hábitos
- 5 Doenças
- 6 Alergias
- 7 Serviço Social
- 8

Preenchimento

- Cadastro
- Identificação
- Perfil
- Características
- Convênios

Dados do perfil dos homens

Pacientes [Instituto Nacional de Câncer]

Arquivo Exibir Relatórios Ferramentas Ajuda

Cadastro

Prontuário Nº Prontuário Origem Situação Data Situação
 Nome Completo Sobrenome
 Data de Nascimento Idade Idade Aparente Data Inclusão Sexo

Características

Cor Peso Altura Tipo Sanguíneo Fator RH
 Nome da Mãe
 Nome do Pai
 Data de Óbito Motivo do Óbito (CID) Última Exportação

Pacientes

- 0 Cadastro
- 1 Documentos
- 2 Matrículas
- 3 Complemento
- 4 Hábitos
- 5 Doenças
- 6 Alergias
- 7 Serviço Social
- 8

Preenchimento

- Cadastro
- Identificação
- Perfil
- Características
- Convênios

Dados do perfil dos homens

Pacientes [Instituto Nacional de Câncer]

Arquivo Exibir Relatórios Ferramentas Ajuda

Cadastro

Prontuário Nº Prontuário Origem Situação Data Situação
 Nome Completo Sobrenome
 Data de Nascimento Idade Idade Aparente Data Inclusão Sexo

Perfil

Estado Civil Nome do Cônjuge
 Tipo de Paciente Grupo de Paciente Classe Econômica
 Situação Funcional Profissão Grau de Instrução
 Situação Previdenciária Situação Familiar Religião
 Moradia
 Tipo Situação Saneamento
 Energia Qtd. Cômodos

Pacientes

- 0 Cadastro
- 1 Documentos
- 2 Matrículas
- 3 Complemento
- 4 Hábitos
- 5 Doenças
- 6 Alergias
- 7 Serviço Social
- 8

Preenchimento

- Cadastro
- Identificação
- Perfil
- Características
- Convênios

Dados do perfil dos homens

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Memo 89/11-CEP-INCA

Rio de Janeiro, 4 de abril de 2011.

A(o): Enf.^a Ana Angélica de Souza Freitas
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 14/11 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: Os cuidados de enfermagem aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou** após re-análise o estudo intitulado: **Os cuidados de enfermagem aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2**, em 28 de março de 2011.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo, os primeiros estão previstos para as seguintes datas: setembro/2011 e março/2012.

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/c – Dr. Fernando Dias – Chefe do Serviço de Cabeça e Pescoço/HC I
Dr. Paulo de Biasi – Diretor do HC I

ANEXO C - MATERIAL EDUCATIVO: TRAQUEOSTOMIAS ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

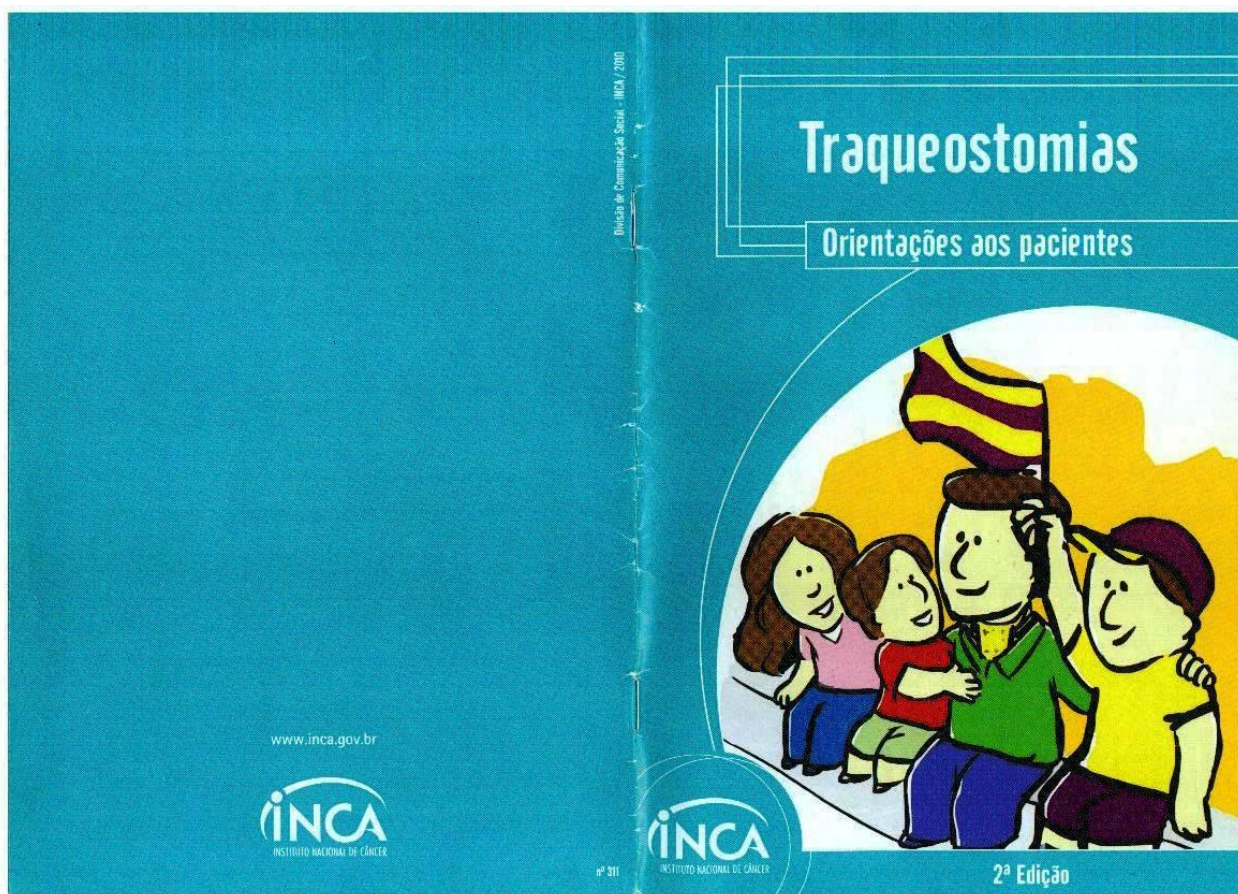
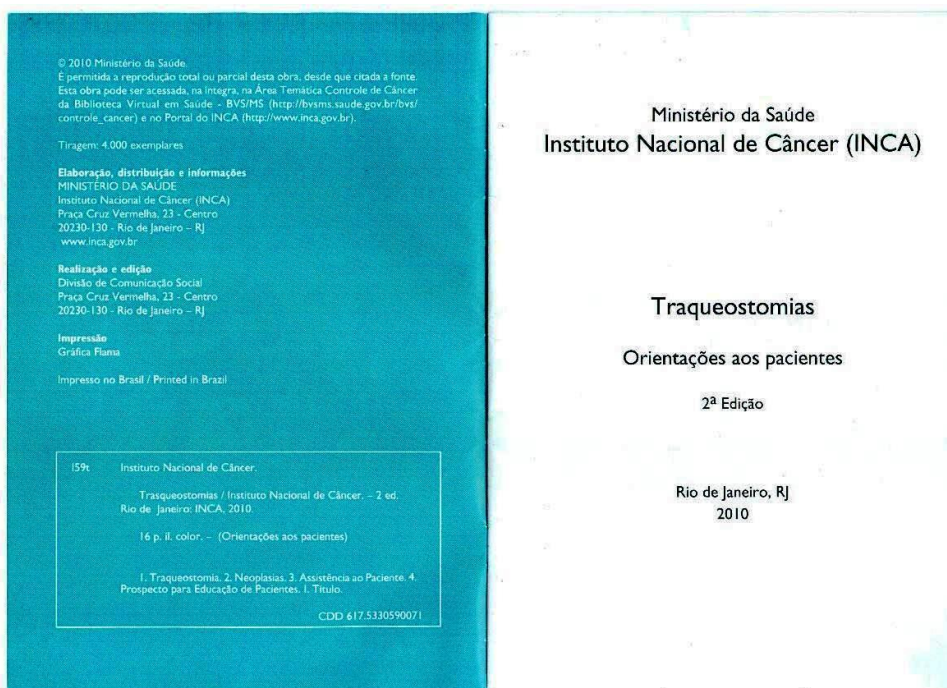
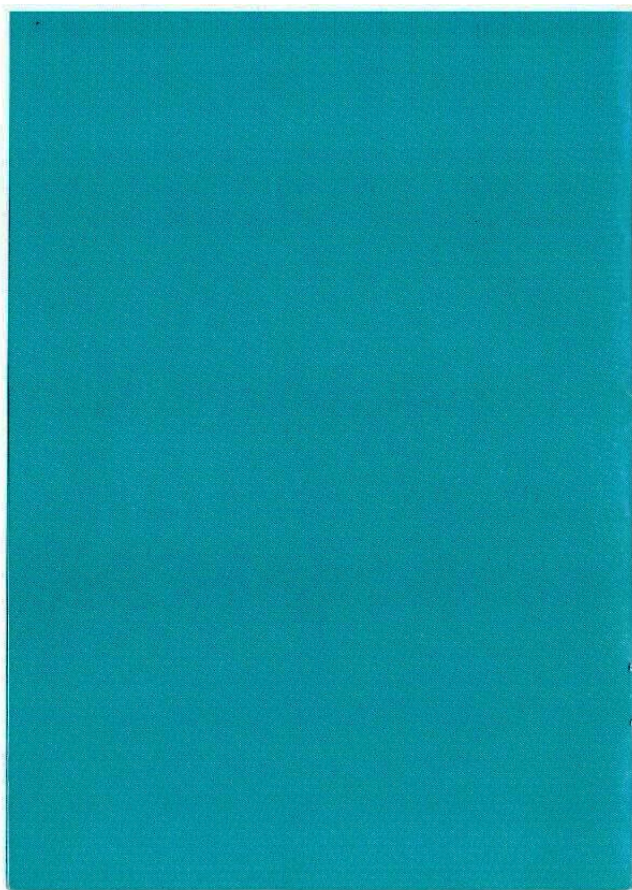


Figura 4


**Figura 5**

Coordenação de Elaboração Edmilson Oliveira da Silva	
Equipe de Elaboração Equipe da Divisão de Enfermagem - Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HCT	
Supervisão Editorial Maria Lucia Giordani / Coordenação Geral de Gestão Assistencial	
Edição Marcos Vieira / Divisão de Comunicação Social	
Revisão Jacqueline Boechat / Divisão de Comunicação Social	
Capa, projeto gráfico e diagramação g-dés Divisão de Comunicação Social	
Normalização editorial Tais Facina/ CEDC	
Normalização bibliográfica Esther Rocha (estagiária de Biblioteconomia)	
	SUMÁRIO
	Prezado paciente 07
	Se suas vias respiratórias não funcionarem 08
	Quando pode ser necessário fazer a traqueostomia? 08
	Tubo traqueal 08
	Cuidados com a pessoa traqueostomizada 09
	Mantendo sua traqueostomia limpa 09
	Sua gravata traqueal 09
	Tosse e nebulizações 10
	Usando identificação 10
	Aprendendo a se comunicar 10
	Comer usando o tubo traqueal 11
	Ajustando o cotidiano com o uso do tubo traqueal 11
	Vivendo sua rotina 12
	Para familiares e amigos 12
	Curiosidades 12
	Obtendo um suporte 13
	Reuniões de orientação aos familiares e cuidadores 13
	Telefones úteis 14
	Vocabulário 14

Figura 6



Prezado paciente,



Esta cartilha tem como principal objetivo orientá-lo a respeito da traqueostomia e dos efeitos que ela terá na sua vida.

Esperamos ajudar a esclarecer suas principais dúvidas e facilitar seu dia-a-dia, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

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

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

7

Figura 7

Se suas vias respiratórias não funcionarem

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

Quando pode ser necessário fazer a traqueostomia?

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

Cânula de traqueostomia

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

As partes da Cânula de traqueostomia

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





Cuidados com a pessoa traqueostomizada

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

Mantendo sua traqueostomia limpa

Para manter a pele e a cânula de traqueostomia limpas e livres de infecções, você precisa seguir as orientações:

1. Lave bem as mãos.
2. Retire a subcânula.
3. Lave a subcânula com água e detergente líquido, escovando-a por dentro para retirar toda secreção acumulada.
4. Seque bem a subcânula.
5. Recoloque a subcânula dentro da cânula que está em seu pescoço.
6. Limpe bem a pele ao redor da cânula. Faça a limpeza no seu pescoço utilizando uma toalha limpa, sabonete e água corrente.
7. Troque as gazes que estão entre a sua pele e a cânula de traqueostomia.
8. Coloque duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele de seu pescoço.
9. Lave as mãos novamente. Realize este cuidado cinco vezes ao dia ou sempre que necessário.

Obs: Nunca retire o conjunto de cânula. Caso o conjunto saia ocorra procure imediatamente a emergência do hospital.






Figura 8

Cuidados com o cadarço

- Trocar o cadarço que prende a cânula ao redor do pescoço sempre que estiver sujo.
- Para sua segurança, primeiro coloque o cadarço limpo, amarre-o com dois nós e depois retire o sujo.
- Não deixe o cadarço frouxo; a cânula pode sair em caso de tosse, por exemplo.



Protetor de cânula de traqueostomia

Recomendamos o uso do protetor da cânula para evitar poeira e insetos. O acessório é usado ao redor do pescoço cobrindo a cânula.

Tosse e nebulizações

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

Procure fazer nebulizações para evitar o ressecamento nas vias respiratórias. As nebulizações deverão ser realizadas somente com soro fisiológico ou conforme prescrição médica. Faça-as três vezes ao dia e sempre que necessário. Durante a nebulização, coloque a máscara do nebulizador no pescoço em direção à cânula de traqueostomia.



Usando identificação

Se desejar, você pode usar uma identificação, dizendo que respira pela cânula de traqueostomia. É importante que as pessoas saibam disso em caso de emergência.

10

Aprendendo a se comunicar

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



Caso você possa falar

Quando é realizada a traqueostomia, mesmo com a colocação da cânula, você continua com suas cordas vocais. Portanto ainda poderá usá-las para falar. Nesse caso, quando for falar, cubra a saída da cânula de traqueostomia com o dedo, como mostra a figura ao lado.

Caso você não possa falar

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



Comer usando cânula de traqueostomia

Você pode comer qualquer tipo de alimento. oriente-se com um nutricionista no ambulatório.

Leia abaixo alguns conselhos:

- Mantenha-se sentado, quando estiver se alimentando.
- Procure comer devagar, mastigue bem antes de engolir.
- Beba muita água. Ela ajudará na sua hidratação.
- Caso ocorra a saída de comida pelo orifício da cânula de traqueostomia, interrompa a alimentação e procure o setor de emergência do hospital.



11

Figura 9

- Corte a comida em pedaços pequenos para facilitar o ato de mastigar e engolir.
- A alimentação ocorre de forma normal (pela boca), pois o tubo digestivo continua funcionando. O que foi alterado foi a passagem de ar.

Ajustando o cotidiano com o uso da cânula de traqueostomia

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

Vivendo sua rotina

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

- Durante o banho use um chuveirinho para auxiliar.
- Coloque um protetor de banho no pescoço cobrindo a cânula de traqueostomia, caso sinta necessidade. O acessório é fornecido no Ambulatório de Enfermagem de Cabeça e Pescoço.

Para familiares e amigos

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

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

- Incentive a pessoa traqueostomizada a voltar para suas atividades diárias e manter-se em público com o uso da cânula de traqueostomia.
- Encoraje-o a levar uma vida tranquila.

Curiosidades

Quanto tempo devo ficar com a cânula de traqueostomia?

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

Quando a cânula de traqueostomia for retirada, a abertura da operação se fechará?

A abertura da traqueostomia se fecha com facilidade e deixa apenas uma pequena cicatriz, mas para que isso ocorra é necessário o acompanhamento no ambulatório, da Seção de Cabeça e Pescoço.

Obtendo um suporte

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

O ambulatório de Enfermagem da Seção de Cabeça e Pescoço está localizado à Rua do Rezende, nº 128, e funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 16h.

Figura 10

