

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MAÍSA GUERMANDI

**Estratégias educativas para o autocuidado: percepções de pacientes  
traqueostomizados**

São Carlos- SP  
2024

MAÍSA GUERMANDI

**Estratégias educativas para o autocuidado: percepções de pacientes traqueostomizados**

Dissertação apresentada à Comissão Examinadora de Defesa para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Berchelli Girão

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Protti-Zanatta

São Carlos- SP

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Guerlandi, Maísa

Estratégias educativas para o autocuidado: percepções de pacientes traqueostomizados / Maísa Guerlandi -- 2024.  
94f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos  
Orientador (a): Fernanda Berchelli Girão  
Banca Examinadora: Beatriz Maria Jorge, Diene Monique Carlos  
Bibliografia

1. Autocuidado. 2. Educação em saúde. 3. Traqueostomia. I. Guerlandi, Maísa. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Maysa Guermandi, realizada em 21/06/2024.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Fernanda Berchelli Girão (UFSCar)

Profa. Dra. Diene Monique Carlos (USP)

Profa. Dra. Beatriz Maria Jorge (UFMS)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho ao meu avô, cuja experiência com o processo de traqueostomia foi uma fonte de inspiração e motivação para a realização desta pesquisa. Na época, minha juventude e a falta de habilidades profissionais na área da saúde me impediram de oferecer a ajuda necessária, uma realidade que me impulsionou a buscar conhecimento e compreensão. Dedico também a todos aqueles que passam e passaram por este desafio. Cada história, cada luta e cada vitória tem sido um lembrete do porquê este trabalho é tão importante e, que através deste estudo, possam contribuir para melhorar a qualidade de vida e o incentivo ao autocuidado daqueles que vivenciam o processo. Que possamos aprender, crescer e fazer a diferença na vida das pessoas através da ciência e da compaixão.

## AGRADECIMENTO

A Deus, por sua proteção e graças diárias em minha vida. A Nossa Senhora que me capacitou e permitiu que eu finalizasse este sonho.

À minha família. Pai, pelo maior exemplo de honestidade que eu poderia ter; mãe, pelo exemplo de fé e à minha irmã pelo exemplo de amizade e fonte de inspiração. Ao meu cunhado, Junior. Minha sobrinha, Martina, que me faz amar além do que eu pudesse imaginar. À minha avó, Terezinha, por fazer tudo a nós sempre com muito amor. À Laís, minha outra irmã, que Deus me presenteou. Ao meu namorado Murilo, pelo companheirismo e paciência nesses anos de mudança de rotina e dedicação aos estudos. Obrigada por compartilharem comigo cada conquista e dificuldade. Amo vocês!

Aos meus amigos, de Bariri, que não serão citados um a um, mas cada um sabe o quanto escassos ficaram nossos encontros para que eu alcançasse um sonho e vocês, carinhosamente, compreendiam e não deixavam de torcer por mim.

Aos meus amigos de Jaú, que fazem daqui o meu segundo lar.

Ao Hospital Amaral Carvalho, pela disponibilidade e, em especial, às minhas parceiras de trabalho Alessandra, Fabene, Letícia, Tayane e, em especial Mariana, que partilhou das 'dores e delícias' de dedicação do curso de pós graduação.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Berchelli Girão, que mesmo longe fisicamente, se fez presente com seu conhecimento e sempre transmitindo-o com delicadeza, paciência e compreensão. Obrigada pelo apoio e incentivo. Eternamente grata.

A minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Protti-Zanatta, pela contribuição em todas as etapas da realização desta pesquisa e por proporcionar-me valiosos momentos de reflexão nos meus mais simples e cansativos questionamentos.

A banca de qualificação, que pode criteriosamente avaliar e sugerir melhorias importantes, agradeço imensamente pelas sugestões e paciência.

A Universidade Federal de São Carlos, pela oportunidade.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a percepção de pacientes traqueostomizados em relação às estratégias educativas para o autocuidado. **Percursos metodológico:** estudo do tipo descritivo-exploratório, qualitativo, desenvolvido após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. A população do estudo foi composta por pacientes, em tratamento no Hospital Amaral Carvalho (HAC), submetidos ao procedimento de traqueostomia durante o período de coleta de dados entre agosto de 2023 a março de 2024 e com retorno agendado para consulta ambulatorial. Para o recrutamento dos participantes do estudo, a pesquisadora principal fez contato diário com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico da Instituição, com o objetivo de adquirir informações sobre a programação cirúrgica, na sequência, quando identificava-se um plano de alta para o paciente traqueostomizado, estes eram convidados a participar, voluntariamente, do estudo que se desenvolveu em três fases, sendo a fase 1 uma entrevista semi estruturada em que ocorreu pré capacitação com aula expositiva-dialogada, a fase 2 sendo o momento de uso das estratégias educativas em que os participantes foram aleatorizados em dois grupos, nomeados “Grupo folder”, no qual realizaram o treinamento através da capacitação tradicional da instituição, por meio de folder impresso e “Grupo treino de habilidades” em que os participantes realizaram o treino de habilidades simuladas. Por fim, na fase 3 ocorreu a entrevista semi estruturada no retorno ambulatorial. As entrevistas foram audiogravadas e a todo momento o pesquisador ofereceu pausas para descanso do paciente. Os dados obtidos a partir das entrevistas foram analisados utilizando a técnica da Análise Temática. **Resultados e discussões:** Onze pacientes concordaram em participar de todas as fases da pesquisa e, após a caracterização dos participantes, organizamos os dados em duas categorias. A primeira, correspondendo à fase 1 aborda os ‘Sentimentos e emoções relacionados ao autocuidado na desospitalização com o dispositivo de traqueostomia’ enquanto que a segunda, correspondente a fase três é intitulado ‘As experiências no autocuidado domiciliar com o dispositivo de traqueostomia após diferentes estratégias educativas’. Entre os achados, observou-se que, os pacientes experimentaram alívio ao passarem pelo procedimento de traqueostomia, por conseguirem respirar melhor, porém o medo, a mudança na imagem corporal e o receio em realizar o autocuidado estavam presentes nas falas destes sujeitos. Os participantes mencionaram a importância das estratégias de educação utilizadas, tanto com o uso do Folder, quanto no treino de habilidades, porém no domicílio sentiram-se inseguros no momento de realizar a limpeza. Dessa forma, nota-se que o uso de estratégias de educação mostra-se promissor para o engajamento dos pacientes nas ações de cuidados para com a sua saúde. Porém, o profissional de saúde deve saber identificar e conhecer esses recursos para a possibilidade de serem incorporados na prática de acordo com cada necessidade e com cada cenário. **Conclusão:** independentemente da estratégia adotada, houve uma baixa incidência de indivíduos que se sentiram genuinamente motivados e seguros para implementá-la. Portanto, recomenda-se uma avaliação mais aprofundada das variáveis envolvidas para entender plenamente as dinâmicas que afetam a motivação e a segurança dos indivíduos em seu autocuidado para o desenvolvimento de novas estratégias

**Palavras Chaves:** Autocuidado, Educação em Saúde, Traqueostomia, Treinamento por simulação.

## ABSTRACT

**Objective:** To explore the perception of tracheostomized patients regarding educational strategies for self-care. **Methodological process:** A descriptive-exploratory, qualitative study, conducted after receiving approval from the Human Research Ethics Committee. The study population consisted of patients treated at the Amaral Carvalho Hospital (HAC) who underwent a tracheostomy procedure during the data collection period between August 2023 and March 2024 and were scheduled for an outpatient follow-up visit. The main researcher recruited participants by making daily contact with the nursing team at the institution's Surgical Center to obtain information about the surgical schedule. When a discharge plan was identified for a tracheostomized patient, they were invited to voluntarily participate in the study. The study was conducted in three phases: Phase 1: A semi-structured interview was conducted, followed by a pre-training session with an expositive-dialogued class; Phase 2: Educational strategies were implemented, with participants randomized into two groups: the "folder group," trained using the institution's traditional printed folder, and the "skills training group," trained in simulated skills; Phase 3: A semi-structured interview was conducted during the outpatient follow-up visit. The interviews were audio-recorded, and patients were offered breaks of 10 to 15 minutes as needed. The collected information from the interviews was analyzed using the Thematic Analysis technique. **Results and discussions:** Participants reported relief after the tracheostomy procedure due to improved breathing. However, fear, changes in body image, and apprehension about self-care were also common. Participants valued both the folder and skills training educational strategies but felt insecure about cleaning the cannula at home. The use of educational strategies shows promise in engaging patients in self-care, but health professionals must be adept at identifying and integrating these resources into their practice to meet individual needs and contexts. **Conclusion:** Regardless of the educational strategy used, there was a low incidence of participants who felt genuinely motivated and confident to implement self-care. A more in-depth evaluation of the variables affecting individuals' motivation and safety in self-care is recommended to develop new and effective strategies.

**Keywords:** Self-care, Health Education, Tracheostomy, Simulation Training.

## RESUMÉN

**Objetivo:** Analizar la percepción de los pacientes traqueostomizados en relación con las estrategias educativas para el autocuidado. **Recorrido metodológico:** estudio de tipo descriptivo-exploratorio, cualitativo, desarrollado después de la aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos. La población del estudio estuvo compuesta por pacientes en tratamiento en el Hospital Amaral Carvalho (HAC), sometidos al procedimiento de traqueostomía durante el período de recolección de datos entre agosto de 2023 y marzo de 2024 y con cita programada para consulta ambulatoria. Para el reclutamiento de los participantes del estudio, la investigadora principal mantuvo contacto diario con el equipo de enfermería del Centro Quirúrgico de la Institución, con el objetivo de obtener información sobre la programación quirúrgica; luego, cuando se identificaba un plan de alta para el paciente traqueostomizado, estos eran invitados a participar, voluntariamente, en el estudio que se desarrolló en tres fases, siendo la fase 1 una entrevista semiestructurada en la que se realizó una precapacitación con clase expositiva-dialogada; la fase 2 fue el momento de uso de las estrategias educativas en que los participantes fueron aleatorizados en dos grupos, nombrados “Grupo folleto”, en el cual realizaron el entrenamiento a través de la capacitación tradicional de la institución, por medio de un folleto impreso, y “Grupo entrenamiento de habilidades” en el que los participantes realizaron el entrenamiento de habilidades simuladas. Por último, en la fase 3 se llevó a cabo la entrevista semiestructurada en la consulta ambulatoria. Las entrevistas fueron grabadas en audio y en todo momento el investigador ofreció pausas para el descanso del paciente. La duración de las entrevistas fue de 10 a 15 minutos. Los datos obtenidos a partir de las entrevistas fueron analizados utilizando la técnica de Análisis Temático. **Resultados y discusión:** los resultados indican que los participantes del estudio experimentaron cierto alivio después del procedimiento de traqueostomía, ya que pudieron respirar mejor. Sin embargo, el miedo, los cambios en la imagen corporal y la preocupación por realizar el autocuidado estuvieron presentes en sus testimonios. Los participantes destacaron la importancia de las estrategias educativas empleadas, tanto con el uso de folletos como en el entrenamiento de habilidades, pero se sintieron inseguros al momento de limpiar la cánula en casa. Por lo tanto, se observa que el uso de estrategias educativas es prometedoras para fomentar el compromiso de los pacientes con las acciones de cuidado de su salud. Sin embargo, los profesionales de la salud deben ser capaces de identificar y conocer estos recursos para que puedan ser incorporados en la práctica según cada necesidad y escenario. **Conclusión:** independientemente de la estrategia adoptada, hubo una baja incidencia de individuos que se sintieron genuinamente motivados y seguros para implementarla. Por lo tanto, se recomienda una evaluación más profunda de las variables involucradas para comprender completamente las dinámicas que afectan la motivación y la seguridad de los individuos en su autocuidado para el desarrollo de nuevas estrategias..

**Palabras Clave:** Autocuidado, Educación en Salud, Traqueostomía, Entrenamiento por simulación

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma adaptado do PRISMA-ScR evidenciando a busca utilizada para seleção dos resultados	25
Figura 2 – Fluxograma das fases da coleta de dados	41

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Estudos selecionados segundo o ano, abordagem metodológica e Amostra 26

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária de Saúde

CCP - Câncer de Cabeça e Pescoço

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAC - Hospital Amaral Carvalho

IDHM - Índice de desenvolvimento humano municipal

IC - Imagem Corporal

ICA - Imagem Corporal Alterada

INACLS - International Nursing Association of Clinical And Simulation Learning

JBI - Instituto Joanna Briggs

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Acreditação Nível II da Organização Nacional de Acreditação

OSF - Open Science Framework

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE - Tecnologias Educativas

UTI - Unidades de Tratamento Intensivo SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	1
	6
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	1
	6
1.2 BASES CONCEITUAIS	2
	0
1.2.1 Uso de estratégias de ensino e recursos pela equipe multiprofissional para o autocuidado do paciente traqueostomizado	2
	0
1.2.2 Simulação clínica para o treinamento de habilidades	2
	8
<b>2 OBJETIVO</b>	3
	0
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	3
	1
<b>4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO</b>	3
	2
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	3
	3
5.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	3
	3
<b>6 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	3
	7
6.1 TIPO DE ESTUDO	3
	7
6.2 LOCAL DO ESTUDO	3
	7
6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	3
	7
6.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS	3
	8
6.4.1 Fase 1 “Entrevista semi estruturada pré capacitação e aula expositiva-dialogada”	3
	8
6.4.2 Fase 2 Estratégias educativas: folder impresso ou treinamento simulado de habilidades sobre o autocuidado para o paciente traqueostomizado”	3
	9
6.4.3 Fase 3 “Entrevista semi estruturada no retorno ambulatorial”	4
	0
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	4
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	1

	4
	3
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	4
	3
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	4
	3
7.2 SENTIMENTOS E EMOÇÕES RELACIONADAS AO AUTOCUIDADO NA DESOSPITALIZAÇÃO COM O DISPOSITIVO DE TRAQUEOSTOMIA	4
	4
7.3 AS EXPERIÊNCIAS NO AUTOCUIDADO DOMICILIAR COM O DISPOSITIVO DE TRAQUEOSTOMIA APÓS AS DIFERENTES ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS	5
	1
<b>8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	6
	0
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	6
	1
<b>REFERÊNCIAS</b>	6
	3
<b>ANEXOS</b>	7
	8
<b>ANEXO A</b> - Parecer consubstanciado ao CEP	7
	8
<b>ANEXO B</b> - Folder “Informativo do paciente Cânula de Traqueostomia”	8
	2
<b>APÊNDICES</b>	8
	4
<b>APÊNDICE A</b> - Formulário de caracterização biográfico e profissional	8
	4
<b>APÊNDICE B</b> - Perguntas a serem realizadas	8
	5
<b>APÊNDICE C</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	8
	6
<b>APÊNDICE D</b> - Roteiro para o treinamento de habilidades dos pacientes traqueostomizados.	9
	1
<b>APÊNDICE E</b> - Check list roteiro para treinamento de habilidades de pacientes traqueostomizados	9
	3

## **APRESENTAÇÃO**

O impulso para a realização deste estudo surgiu após uma virada decisiva. Após dez anos de experiência hospitalar, repleto de comprometimento e renúncias, tive a oportunidade de compreender e acompanhar pacientes que, em algumas ocasiões, resistiam ao autocuidado simplesmente por não se sentirem preparados e não serem incentivados de maneira adequada. Além disso, percebi que os profissionais de saúde precisam identificar momentos propícios para aplicar seus conhecimentos e promover educação em saúde aos seus pacientes.

Diante disso, iniciei minha jornada na educação continuada, no mesmo hospital e, percebi a necessidade e relevância de ingressar em um programa de pós-graduação para que eu pudesse adentrar no universo acadêmico e ter novas oportunidades, experiências e respostas para as minhas inquietações. Refleti muito sobre como a investigação científica poderia auxiliar os pacientes nos momentos de dificuldade e como deveria ser esse processo.

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, em meados de 1850, a Europa sofreu com a epidemia da Difteria e conseqüentemente, a técnica da traqueostomia passou a ser muito utilizada para o tratamento dos doentes. Com o controle da doença e os avanços da farmacologia, o procedimento passou a ser menos utilizado, no entanto, em meados dos anos 60, com o progresso no uso de ventiladores mecânicos com pressão positiva e o surgimento das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), esse dispositivo passa a ser amplamente realizado para o tratamento de pacientes críticos (Vianna, Palazzo, Aragon, 2011).

A cânula de traqueostomia equivale a abertura da traqueia, podendo ser colocada no paciente por meio cirúrgico ou dilatação percutânea. Esse procedimento objetiva a abertura na parede anterior da traqueia, permitindo a respiração do paciente. Essencialmente, é utilizada em situações onde existe obstrução da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória ou para fornecer uma via aérea estável em pacientes com intubação traqueal prolongada (Ricz *et al.*, 2011; Medeiros *et al.*, 2019).

Trata-se de um dos procedimentos mais antigos e habituais, realizados hoje em salas cirúrgicas e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com o objetivo de preservar a função respiratória. O que antes era muito relacionado à alta mortalidade, passou a ter seu espaço conquistado no tratamento de paciente crítico, com o avanço da técnica e do conhecimento (Marsico; Marsico, 2010). As Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013) recomendam que para pacientes com Insuficiência Respiratória decorrente de trauma raquimedular e cranioencefálico, a intervenção deve ser realizada precocemente em até 7 dias e para pacientes internados por causas clínicas na UTI, que permanecerem por mais que 14 dias intubados.

Esse tipo de intervenção traz complicações como qualquer outro procedimento invasivo e interferindo na qualidade de vida intra e pós procedimento, pois favorece o acúmulo de secreções, resulta em deficiência do mecanismo de tosse e da umidificação do ar inspirado. No entanto, traz inúmeras vantagens, como: menor taxa de auto extubação, facilitando mobilização e cuidados de enfermagem, possibilidades de fonação e alimentação via oral, diminuição de tempo em UTI, diminuição da mortalidade, diminuição do trabalho respiratório e da sedação, acelera o desmame e também deixa a possibilidade de alta hospitalar com suporte ventilatório, assim, o caso

deve ser avaliado de maneira individualizada, sendo realizado no momento certo e mais indicado ao paciente (Marsico; Marsico, 2010).

A região da cabeça e pescoço possui particularidades importantes em termos anatômicos e fisiológicos podendo comprometer com a aparência e refletir nas funções de deglutição, respiração e fala, exigindo assim um planejamento das intervenções (Barros *et al.*, 2009; Gonçalves, 2012). A confecção de uma traqueostomia, sempre resultará em algum grau de alteração da sua imagem corporal, comprometendo a construção da sua identidade pessoal, afetando também a nível psicológico, social, econômico e laboral do indivíduo (Gonçalves, 2012).

Nesse sentido, em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, deve-se considerar que os aspectos que envolvem à saúde e à doença não devem ser analisados isoladamente das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências (Langdon *et al.*, 2010).

Assim, conduzir o paciente traqueostomizado, resulta em aceitação e motivação para o autocuidado, o indivíduo passa a ter um domínio do próprio corpo, tem ajustes psicológicos e auxílio no autocontrole, elevando os níveis de autoconfiança e autoestima (Queirós, 2017). Deve -se considerar que o paciente traqueostomizado, pode apresentar dificuldades de novas rotinas, sendo primordial ocorra o entendimento de que o estoma, em muitas vezes foi confeccionado com o intuito de segurar a sua vida, e dessa maneira, aceitar as responsabilidades de autocuidado em suas novas condições de saúde e facilitar a sua restituição ao convívio social (Luz *et al.*, 2013).

O estudo de Gonçalves (2012) identificou que pacientes independentes, que realizavam o autocuidado com a traqueostomia, tinham seu escore de qualidade de vida mais alto. E é nesse contexto, que a equipe multiprofissional, de maneira individualizada, deve buscar amenizar o sofrimento e estar próximo a esse paciente e familiares, por meio da comunicação verbal e não- verbal, identificando suas fragilidades, incentivando o autocuidado.

Estar próximo a esse paciente possibilita um suporte nesse processo de transição de vida, para que o mesmo alcance esse sentimento de bem-estar com toda a mudança, e com isso, garantir um processo efetivo e seguro de alta hospitalar, considerando a importância da continuidade do cuidado e o fortalecimento de

profissionais e pacientes para o cuidado em domicílio (Gonçalves, 2012; Silva *et al.*, 2017). A palavra transição significa "(...) passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra(...)". Quando relacionado ao cuidado, são ações que asseguram a continuidade da assistência prestada durante a internação no ambiente de assistência à saúde. E esse termo tem uma manifestação pessoal, cada indivíduo tem a sua perspectiva da mudança de vida e cada um sente da sua maneira (Pereira, 2019).

A transição do cuidado resulta das ações planejadas que garantem o andamento do cuidado aos pacientes, que passaram por uma mudança em sua situação de saúde, desde o momento de admissão até a alta hospitalar, ou no momento de transferência entre unidades de um mesmo serviço ou entre serviços de saúde variados (Weber *et al.*, 2017). Apresenta o objetivo de reduzir as internações hospitalares e as reinternações causadas por complicações, conseqüentemente, reduzindo os custos de saúde e aumentando a qualidade de vida (Lima, *et al.*, 2018).

O momento da transição da assistência hospitalar para o domicílio é denominado como desospitalização, se caracteriza como uma continuação humanizada e de recuperação mais rápida e confortável aos pacientes, sendo substancial a redução do tempo de internação hospitalar, permitindo continuidade do tratamento do paciente em seu domicílio em condições mínimas necessárias (Silva *et al.*, 2017).

Esse processo é desafiador, visto que existe uma equipe multidisciplinar, que precisa estar integrada e conectada o tempo todo (Acosta *et al.*, 2020), nesse processo de transição do cuidado, ocorrem muitas mudanças nas atividades diárias do paciente incluindo a possibilidade de acréscimo de medicamentos, resultando em um paciente que volta pra casa com dúvidas, incertezas em torno do seu tratamento e da sua recuperação. Nesse caso, a falta do planejamento, de modo individual, resulta Em Insegurança, Eventos Adversos, Pouca Adesão Ao Tratamento E Baixa Qualidade De Vida (Weber *et al.*, 2017).

No ambiente hospitalar, esse planejamento deve acontecer de modo que o paciente esteja confortável o suficiente para que esse cuidado prossiga em domicílio, minimizando a ocorrência de eventos adversos após a alta e casos de reinternações hospitalares (Acosta *et al.*, 2018). No entanto, na maioria dos casos, as informações no processo da alta são oferecidas aos pacientes, em um curto período de tempo, de maneira mecânica e rápida, sem considerar as necessidades e limitações de cada indivíduo (Weber *et al.*, 2017).

Comumente associada à rotina do profissional, às habilidades e agilidade com a atividade diária, o paciente cria dependência do profissional para a realização do cuidado e com isso, a preparação e o desenvolvimento de novas habilidades do mesmo para o autocuidado, fica deficiente. Nesse sentido, como membro da equipe multiprofissional o enfermeiro tem o papel de educar, impulsionar e despertar o interesse do paciente na conquista da sua autonomia (Neiva *et al.*, 2020).

O enfermeiro é o profissional da equipe multiprofissional que está na assistência direta ao paciente e, estando mais próximo a ele, tem papel fundamental na transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio, proporcionando estratégias para uma transição bem sucedida, devido a capacidade para identificação dos pontos críticos; com auxílio na reabilitação social, educação em saúde, articulação com demais serviços de saúde e acompanhamento pós alta (Acosta *et al.*, 2018).

Ressalta-se que em âmbito hospitalar, o profissional médico é o responsável legal pela alta do paciente, mas é o enfermeiro que irá realizar o planejamento e coordenar todo o processo de educação em saúde (Paes *et al.*, 2017). Segundo a resolução COFEN N° 639/2020 do Conselho Federal De Enfermagem-COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen n° 421, de 15 de fevereiro de 2012, é competência do enfermeiro a realização e/ou prescrição dos cuidados em relação ao orifício da traqueostomia e à integridade da pele periestomal e o parecer do COREN-SP N° 019/2020 descreve que é de responsabilidade do enfermeiro a coordenação do plano de alta (Conselho Regional De Enfermagem, 2020).

Nesse sentido, assistência da enfermagem é essencial no desenvolvimento de aptidões da pessoa para o autocuidado, pois esse constitui um aspecto decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social (Luz *et al.*, 2013). O profissional necessita valorizar os contextos sociais, econômicos e culturais, aliados ao processo de promoção da saúde, proporcionando ao paciente o retorno às atividades diárias, fortalecendo a adesão ao tratamento proposto, evitando o adoecimento, reinternações e o estresse familiar (Acosta *et al.*, 2018; Cervera *et al.*, 2011; Luz *et al.*, 2013).

A busca pelo aperfeiçoamento do cuidado seguro prestado ao paciente no âmbito social é um dos desafios para as políticas de segurança do paciente (WHO, 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS), sugere novos métodos para a capacitação do paciente e familiares, utilizando materiais que possam complementar

as informações dadas, visando atender um processo mais humanizado, facilitando o aprendizado e contribuindo para o avanço educacional.

Nesse sentido, a simulação clínica pode colaborar com o processo de desospitalização sendo uma importante estratégia de ensino aprendizagem, no qual o treinamento de habilidades pode oportunizar experiências de maneira segura, permitindo errar e solucionar dúvidas sempre que for necessário, visando preparar os envolvidos para utilizar-se de suas habilidades no manejo dos cuidados propostos (Linn; Caregnato; Souza, 2019).

## **1.1. BASES CONCEITUAIS**

### **1.1.1. Uso de estratégias de ensino e recursos pela equipe multiprofissional para o autocuidado do paciente traqueostomizado**

As estratégias de ensino se caracterizam como formas de organizar o conhecimento didático, com o uso de diferentes técnicas e recursos que possibilitam alcançar os objetivos estabelecidos para a atividade. Envolve o conhecimento em como utilizar os recursos visando estabelecer conexões entre o conhecimento transmitido e sua assimilação no repertório do aprendiz, buscando uma ação educativa eficaz (Freitas, 2013).

Os materiais e equipamentos didáticos, também conhecidos como ‘recursos’ ou ‘tecnologias educacionais’, são todos os recursos utilizados em procedimentos de ensino com o objetivo de estimular o aprendiz e aproximá-lo do conteúdo a ser aprendido, por meio da percepção visual, auditiva ou de ambas simultaneamente. Envolve os materiais impressos, audiovisuais ou digitais, utilizados pelo facilitador como um auxiliar na transmissão e assimilação do conhecimento dos aprendizes (Freitas, 2013).

Ressalta-se que não há como assegurar a qualidade e efetividade do ensino e aprendizagem, apenas pelo material didático, por mais que este seja muito bem elaborado, pois eles desempenham a função de mediar esse processo. Nesse sentido, o material didático deve se estar incluso a um ciclo mais completo de ensino-aprendizagem

Para Bandeira (2009) o material didático pode ser dividido em três categorias principais, sendo:

- Material Didático Impresso: recursos como livros, apostilas, folhetos e cartilhas. São materiais que utilizam o formato impresso para transmitir informações e conhecimentos aos aprendizes;
- Material Didático Audiovisual: recursos que envolvem áudio e vídeo, como os vídeos educativos, podcasts, gravações de áudio e apresentações multimídia, visam engajar os aprendizes de maneira visual e auditiva;
- Novas Mídias Tecnológicas: tecnologias digitais, como computadores, internet e aplicativos, como os *softwares* educativos, plataformas de *e-learning*, jogos educativos online e recursos interativos, permitem as experiências de aprendizado mais dinâmicas e personalizadas.

Assim, o uso de estratégias e recursos educativos pela equipe multiprofissional para pacientes traqueostomizados podem mediar o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais para o seu autocuidado.

Considerando o impacto complexo que a traqueostomia tem na vida dos pacientes, é evidente que estes necessitam aprender diferentes habilidades de cuidados com o dispositivo. O enfoque das estratégias de ensino deve estar baseado para resultados centrados no paciente, promovendo um autocuidado bem-sucedido com a traqueostomia em seu ambiente domiciliar. (Weidlich; Pfeiffer; Kugler, 2023). Esse processo de ensino deve se caracterizar como uma intervenção importante para minimizar possíveis complicações, o uso de orientações padronizadas com a utilização de um protocolo para educação do cuidador, um plano de cuidados ao paciente com traqueostomia, atividades de ensino no pré-operatório, treinamento do paciente e do familiar, podem colaborar com uma transição mais segura para o domicílio (Da Costa *et al.*, 2019; Pitzer *et al.*, 2023).

No entanto, alguns recursos educativos quando isolados podem não garantir resultados na autonomia do autocuidado do paciente com a traqueostomia, mas podem ser reconhecidos como recursos de apoio e facilitadores desse processo. Ademais, para Buiet *et al.* (2019) todo programa educacional deverá ser personalizado, considerando adaptação do paciente com o dispositivo, a análise das necessidades, da motivação do paciente e da receptividade à proposta educacional apresentada, o estabelecimento de competências a ser adquirida em determinado período de tempo, ressaltando a escolha do melhor conteúdo, métodos pedagógicos e a avaliação dos efeitos, a depender das necessidades do paciente.

Neste âmbito, a fim de descrever as evidências científicas acerca das estratégias de ensino utilizadas pela equipe multiprofissional para o autocuidado de pacientes traqueostomizados, foi desenvolvido um estudo de revisão do tipo *Scoping Review* conforme o *Reviewer's Manual for Scoping Reviews* proposto pelo Instituto *Joanna Briggs* (JBI) desenvolvido através das cinco etapas: (1) estabelecimento da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção e inclusão de estudos; (4) organização dos dados; (5) compilação, síntese e relato dos resultados (PETERS, *et al* 2020). Adicionalmente, o *checklist Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA<sub>ScR</sub>) foi utilizado para a redação do estudo (PAGE, *et al* 2020). Este instrumento é dividido em sete domínios e 22 itens, que dispõem de recomendações acerca do título, do resumo, da introdução, do método, do resultado, da discussão, da conclusão e do financiamento do estudo, além do registro do protocolo na *Open Science Framework* (OSF), sob identificação DOI: 10.17605/OSF.IO/8MKHC.

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC) (AromatiS *et at.*, 2020), na qual foram definidos respectivamente, P: pacientes traqueostomizados; C: estratégias de ensino e C: qualquer contexto de saúde. Assim, definiu-se a seguinte questão: “Quais as estratégias de ensino, utilizadas pela equipe multiprofissional no ensino de pacientes traqueostomizados em qualquer contexto de saúde?”.

Para identificar estudos de revisões de escopo semelhantes, as plataformas *International Prospective Register of Systematic Reviews*, *Open Science Framework* (OSF), *The Cochrane Library*, *JBI Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics* foram consultadas, constatando a inexistência de protocolos ou publicações com objetivo similar ao desta revisão. As buscas foram realizadas no mês de abril de 2023, nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine (PubMed), Scopus; Embase; Web of Science; Educational Resources Information Center - ERIC, SAGE Open, Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES), OASIS, Base de dados de enfermagem (BDenf) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Para cada item da estratégia de busca, foram utilizados descritores e/ou sinônimos encontrados nas plataformas de Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings. Para População (P): “Tracheostomy” OR “Tracheostomies” OR “Tracheostomy patient” OR “Tracheostomy patients”; Conceito (C) : “Health

Education" OR "Education, Health" OR "Community Health Education" OR "Education, Community Health" OR "Health Education, Community" OR "Teaching" OR "Training Techniques" OR "Training Technique" OR "Technique, Training" OR "Techniques, Training" OR "Training Technics" OR "Technic, Training" OR "Technics, Training" OR "Training Technic" OR "Pedagogy" OR "Pedagogies" OR "Teaching Methods" OR "Teaching Method" OR "Method, Teaching" OR "Methods, Teaching" OR "Academic Training" OR "Training, Academic" OR "Training Activities" OR "Training Activity" OR "Activities, Training" OR "Activity, Training" OR "Techniques, Educational" OR "Educational Techniques" OR "Educational Technique" OR "Technique, Educational" OR "Educational Technics" OR "Educational Technic" OR "Technic, Educational" OR "Technics, Educational" OR "Teaching Materials" OR "Material, Teaching" OR "Materials, Teaching" OR "Teaching Material" OR "Patient Education Handout" OR "Consumer Information Handout" OR "Consumer Handout"; Contexto (C): "Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary" OR "Hospital Units" OR "Hospital Unit" OR "Unit, Hospital" OR "Units, Hospital" OR "Hospitals" OR "Hospital" OR "Home Nursing" OR "Home Care, Nonprofessional" OR "Care, Nonprofessional Home" OR "Nonprofessional Home Care" OR "Home Care, Non-Professional" OR "Care, Non-Professional Home" OR "Home Care, Non Professional" OR "Non-Professional Home Care" OR "Nursing, Home" OR "Patient Education Handout" OR "Consumer Information Handout" OR "Consumer Handout".

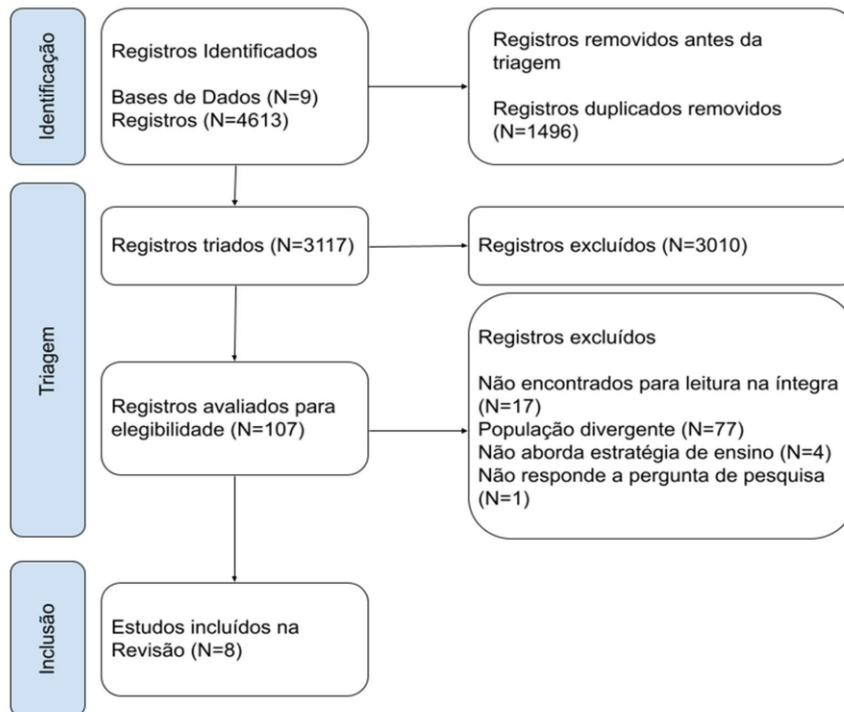
Para a combinação desses, foram utilizados os operadores booleanos OR e AND (Galvão; Pereira, 2014). As referências selecionadas foram enviadas para o software gerenciador de bibliografias Rayyan®. Cinco pesquisadores trabalharam de forma independente para a seleção dos estudos por título, resumo e texto na íntegra realizados no software. Todos os pesquisadores foram capacitados sobre a metodologia empregada na revisão e o uso dos softwares.

Assim, aos pares, duas revisoras responsáveis pela mesma base de dados avaliaram as versões completas do texto dos artigos selecionados, considerando os critérios de inclusão, exclusão e pergunta de pesquisa, resultando na amostra final do estudo. Em cada fase, foi realizado consenso entre a uma dupla de pesquisadores sendo as divergências resolvidas por um terceiro. Os revisores de todas as etapas foram nomeados como autores deste manuscrito.

Após a realização da busca, incluíram-se as pesquisas disponíveis na íntegra com diferentes delineamentos metodológicos, publicadas em fontes indexadas que respondessem à pergunta estabelecida, com públicos de faixa etária adulta, além de dissertações, teses e guidelines, sem recorte temporal, publicados em qualquer idioma. Além disso, houve contato direto com autores por e-mail para identificar fontes de artigos na íntegra. Não foram incluídas as publicações que não responderam à questão de pesquisa e utilizaram estratégias de ensino paciente traqueostomizado criança ou para cuidadores, além das publicações classificadas como opiniões, retrações, *websites* e propagandas veiculadas em mídias, por não se tratarem de material com rigor científico.

Para a extração dos conteúdos dos estudos selecionados, aplicou-se um instrumento estruturado pelos próprios autores, considerando as seguintes variáveis: ano de publicação; país de origem; tipo de estudo; amostra; estratégia de ensino, recursos utilizados, Período em que realizou a estratégia de ensino, membros da equipe e contexto de saúde. A análise descritiva dos resultados está apresentada em quadros. Por não envolver seres humanos, este estudo não foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Todo o processo de leitura e seleção dos estudos ocorreu entre abril e junho de 2023.

As estratégias de busca permitiram identificar inicialmente 4.613 estudos. Após remover as possibilidades de duplicidades, restaram 3.117 estudos para leitura de títulos e resumos. Posteriormente à leitura de títulos e resumos, avaliadas em pares, restaram 107 estudos para leitura na íntegra, por possivelmente preencherem os critérios de inclusão estabelecidos, para síntese final 08 estudos para incluir na revisão de escopo, conforme a Figura 1 (Page *et al.*, 2020).



**Figura 1** - Fluxograma adaptado do PRISMA-ScR evidenciando a busca utilizada para seleção dos resultados. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Para a apresentação dos resultados, os estudos selecionados foram rotulados como E1 a E8. Entre eles, observou-se que 02 (25%) estudos são de abordagem qualitativa, 01 (12,5%) estudo de coorte prospectivo, 01 (12,5%) pesquisa empírica, 01 (12,5%) relato de experiência, 01 (12,5%) estudo metodológico e, por último, 2 deles são métodos mistos (25%). Esses 08 estudos abrangem um período de publicação que varia de 2008 a 2023.

Destes estudos 03 (37,5%) (E2, E3 e E6) realizaram a intervenção educativa apenas com o paciente, 02 (25%) (E4 e E5) envolveram também familiares e cuidadores. Em relação às bases de dados, 02 estudos foram encontrados na base de dados OÁSIS (E5 e E6); outros 02 estudos (E7 e E8) foram encontrados na SAGE, seguidos de 01 artigo em cada uma das demais bases, sendo LILACS (E1), EMBASE (E2), MEDLINE (E3), PUBMED (E4). Em relação à origem dos estudos, 03 (37,5%) deles são do Brasil (E1, E5, E6), 01 (12,5%) é da China (E2), 03 (37,5%) dos EUA (E3, E7, E8) e outro (E4) (12,5%) do Teerã. Além disso, 03 (37,5%) dos estudos estão escritos em língua portuguesa e os demais estão em inglês.

Os resultados do Quadro 2 revelam a estratégia de ensino, os recursos utilizados, período de internação em que realizou a estratégia de ensino, membros da equipe multiprofissional e o contexto de saúde.

**Quadro 1-** Estudos selecionados e estratégia de ensino, os recursos utilizados, período de internação, membros da equipe multiprofissional e o contexto de saúde. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Estudo	Estratégia de ensino	Recursos utilizados	Momento em que realizou a estratégia de ensino	Membros da equipe multiprofissional	Ensino abordado
E1	Entrega de uma cópia dos infográficos sobre cuidados com a traqueostomia a cada paciente e cuidador	Folhetos informativos ilustrados (infográficos)	Durante consulta ambulatorial	Médicos, Psicólogos e Enfermeiros	Realização de aspiração da secreção traqueal em domicílio
E2	Educação de pacientes em pares	Manual de educação em saúde impresso e <i>WeChat</i> (educação virtual)	Após a admissão e antes da alta hospitalar	Médico, Nutricionista e Enfermeiros	Conhecimentos básicos sobre a traqueostomia
E3	Ensino e orientações à distância	Webinar interativo e tutoriais virtuais	Após alta hospitalar	Médicos e Enfermeiros	Não descreve
E4	Disponibilização de material educativo em sistema interno no hospital	Material educacional sobre cuidados no domicílio com conteúdo multiprofissional	Antes da alta hospitalar	Multiprofissional	Aspiração de secreção da traqueostomia, curativo, fixação da traqueostomia, sinais de obstrução e limpeza da endocânula
E5	Orientações multiprofissionais antes da alta, encontro com outros pacientes e familiares traqueostomizado, visitas domiciliares diárias de enfermeiro após a alta	Não descreve	Antes e após a alta hospitalar	Não descreve	Não descreve
E6	Treinamento com orientações verbais de rotina realizado pela equipe médica para todos os pacientes e	Vídeo educativo.	Antes e após alta hospitalar	Médicos e Enfermeiros	Orientação sobre cuidados gerais de higiene como banho, barbear-se, aspiração de

	treinamento com orientações verbais de rotina realizado pela equipe médica e oferecimento de um CD educativo com recursos de áudio e vídeo para os pacientes do grupo controle				secreção da traqueostomia, limpeza da pele periestoma e curativo
E7	Capacitação dialogada e folheto educativo	Folder educativo com conteúdo informativo com escrita e ilustrações	Antes da alta hospitalar	Enfermeiros	Cuidados e manuseio da traqueostomia
E8	Capacitação ao paciente e cuidador	Folheto Educativo	Não descreve	Equipe de enfermagem	Realização da higienização e manutenção da traqueostomia

Sobre o local em que ocorre o ensino do paciente, 04 (50%) (E2, E4, E5 e E7) estudos apresentaram o contexto hospitalar, outros 02 estudos E1 e E8 (25%) apresentaram a realização do ensino em contexto ambulatorial, o estudo E3 (12,5%) em contexto domiciliar e por fim, apenas 01 (12%) estudo (E6) abordou a estratégia educativa em ambiente hospitalar e domiciliar.

Os resultados desta revisão evidenciam que a maior parte dos estudos E1, E2, E3, E6, E7, E8 envolve a participação do enfermeiro como membro da equipe multiprofissional responsável pelo processo de orientação do paciente. Esse resultado corrobora com os estudos de Queirós *et al.* (2021); Van Loon *et al.* (2020) e Da Silva *et al.* (2020) sobre o ensino de pacientes traqueostomizados, o qual afirmam que entre os membros da equipe multiprofissional a enfermagem realiza a maioria das intervenções educacionais com o enfoque principal o autocuidado, sendo capaz de orientar o paciente durante o processo de saúde-doença objetivando manter a sua autonomia e a auto responsabilidade pelos seus cuidados, o que se caracteriza como indispensável para a manutenção de sua saúde e bem estar.

Nesse sentido, após a elaboração desta revisão evidenciou-se que entre os estudos selecionados não houve a utilização da simulação clínica no ensino sobre o autocuidado de pacientes traqueostomizados.

### 1.1.2 Simulação clínica para o treinamento de habilidades

Historicamente o interesse em simulação para cuidados de saúde derivou em grande parte da longa experiência e uso intenso de simulação para o treinamento de áreas como a aviação comercial, produção de energia nuclear e militar, sendo que essas compartilham a mesma complexidade e riscos intrínsecos dos cuidados de saúde, no entanto, apresentam pequenas taxas de falhas (Temperly *et al.*, 2018; Gaba, 2004).

Destaca-se que a simulação é uma técnica e não uma tecnologia, devendo ser utilizada para substituir ou amplificar experiências reais com experiências guiadas, para replicar aspectos substanciais do mundo real em uma forma totalmente interativa (Gaba, 2004). Busca substituir as situações reais e a fidelidade em que a situação é realizada, significando o grau de precisão que a simulação representa, facilitando e garantindo um melhor aprendizado, permitindo ao aprendiz falhar, reconhecer suas próprias fragilidades e também do ambiente que está inserido, possibilita treinar sua comunicação e repetir o processo até atingir o aperfeiçoamento (Tun *et al.*, 2015).

A depender dos objetivos propostos para a atividade simulada, diferentes tipos de simuladores e cenários clínicos podem ser utilizados para potencializar a fidelidade da cena. Existem diversas maneiras de classificação, podemos considerar os diferentes níveis de tecnologias, fidelidades, função e outras particularidades (Chiniara *et al.*, 2012). Segundo nas Normas de Prática Recomendada pela *International Nursing Association of Clinical And Simulation Learning* (INACSL) a fidelidade é a “capacidade de ver ou representar coisas como elas são para aumentar a credibilidade” e isso significa que quanto maior a fidelidade, maior o realismo (INACSL, 2016).

Os simuladores de alta fidelidade são os simuladores mais modernos, que interagem com o ambiente, contextualizando a situação. É possível, por exemplo, que os sons respiratórios sejam sincronizados com a movimentação do tórax (Alinier, 2011) o que permite simulações mais próximas da realidade. Já os simuladores de média fidelidade são semelhantes ao corpo humano e possuem sons fisiológicos sendo possível, a realização do exame físico incluindo ausculta pulmonar, cardíaca e abdominais. Enquanto que os simuladores de baixa fidelidade não interagem com o ambiente, por não ser necessário nenhuma contextualização. Nesse caso, utilizamos para o desenvolvimento de habilidades específicas como por exemplo a administração

de medicamentos, punção venosa, drenagem torácica e entre outras habilidades técnicas (Lima; Junior; Silva; Junior, 2021).

O treinamento de habilidades comumente utiliza os simuladores de baixa fidelidade, permitindo a repetição de ações por diversas vezes, para que os participantes adquiram habilidades e competências por meio da prática (Brasil, 2020).

Nesse contexto, pouco tem se observado até o presente momento na literatura estudos com treinamento de habilidades simuladas com pacientes para o autocuidado. O estudo de Amante *et al.* (2021) desenvolveu e aplicou um simulador de baixa fidelidade para o desenvolvimento de habilidades e do autocuidado de pessoas com estoma intestinal, destacando a importância do uso de ferramentas de treinamentos que facilitem o processo educacional do paciente. Para Ventura (2014) a utilização do treinamento de habilidades simulado pode ajudar com a exploração do cuidado com a traqueostomia e de suas possíveis intercorrências de uma forma menos abstrata, auxiliando na compreensão do processo e diminuindo o nível de ansiedade dos pacientes mediante aos cuidados domiciliares com a traqueostomia.

Sendo assim, a escolha da elaboração pedagógica deve permitir que o participante desenvolva habilidades, mediando o conhecimento para o autocuidado (Souza *et al.*, 2017). Assim, torna-se possível explorar as contribuições que a simulação de baixa fidelidade com o treinamento de habilidades pode proporcionar para os pacientes no processo de desospitalização. Dessa maneira identifica-se, então, a questão de pesquisa: “Qual a percepção dos pacientes traqueostomizados diante das diferentes estratégias educativas para o seu autocuidado durante o processo de desospitalização?”

Assim sendo, o objeto deste estudo é a percepção dos pacientes traqueostomizados frente às diferentes estratégias educativas.

## **2. OBJETIVO**

Analisar a percepção de pacientes traqueostomizados em relação às estratégias educativas para o autocuidado.

### 3. JUSTIFICATIVA

Por meio da observação empírica e vivência profissional, constata-se que o ensino e treinamento do paciente traqueostomizado é realizado tradicionalmente com uma abordagem teórica expositiva ou até mesmo uma capacitação oral. Após a realização do estudo de scoping review, identificou-se que os profissionais utilizam folders, panfletos ou demonstram técnicas de cuidados com a cânula e estoma traqueal para facilitar o aprendizado do paciente frente a traqueostomia. Dessa forma, acredita-se que esta maneira tradicionalmente empregada antecedendo a alta hospitalar pode não assegurar o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias para que o indivíduo realize a técnica de forma segura.

Na prática clínica, a maior parte das informações acerca dos cuidados domiciliares com a traqueostomia são ofertadas aos familiares ou cuidadores em um momento pontual e muito próximo ao momento da alta hospitalar, muitas vezes, as informações são de grande complexidade, o que dificulta a compreensão e a assimilação dos conteúdos. Diante disso, torna-se necessário desenvolver métodos de educação em saúde, que possibilitem instrumentalizar estes pacientes, com o objetivo de promover maior autonomia no cuidado ao domicílio, tornando pacientes mais ativos, empenhados, estáveis e preparados emocionalmente para um desempenho autônomo, na resolução e análise de problemas, com a toma de decisões críticas da prática e reduzir a ocorrência de complicações decorrentes do uso deste dispositivo (Gonçalves; Coutinho; Lobão, 2014).

Portanto, este estudo se justifica pela necessidade de treinamentos efetivos desta população, a fim de oportunizar os pacientes a desenvolverem habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais para o seu autocuidado. O estudo acredita que a simulação clínica de baixa fidelidade, através do treino de habilidades, pode colaborar efetivamente como estratégia de ensino, o que justifica sua utilização na pesquisa proposta.

#### **4. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO**

O estudo apresenta contribuições científicas e sociais. O conhecimento científico disponível nas bases nacionais e internacionais relacionado ao uso da simulação de baixa fidelidade, para o treino simulado de habilidades com pacientes traqueostomizados, é escasso, além disso, ressalta-se a limitação de publicações que envolvam a análise de opiniões dos pacientes, o que reforça a contribuição do estudo e sua importância de analisar a experiência dos pacientes com a simulação clínica. No campo da pesquisa, este estudo pretende contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa Tecnologias do Cuidado e Educação em Saúde, divulgando os resultados por meio de publicação de artigos em periódicos de impacto, além da divulgação dos achados em eventos da temática.

No contexto do ensino, o conhecimento produzido fomenta a importância de utilizar métodos ativos de aprendizagem na educação em saúde, a divulgação do conhecimento e aproximação do pós graduando com sujeitos da comunidade, o impacto social das pesquisas produzidas na enfermagem e as contribuições para a propagação do conhecimento.

Em âmbito social, o estudo contribuirá para a aproximação de profissionais e educadores com a temática, a divulgação do conhecimento e potencial propagação desse conhecimento para os ambientes de estudo, trabalho, domicílio e contextos sociais de profissionais da enfermagem que prestam assistência ao paciente traqueostomizado. Em maior valia, a possibilidade dos pacientes traqueostomizados

simularem o seu autocuidado e terem a possibilidade de tirarem dúvidas e treinar as habilidades quantas vezes forem necessárias

Este estudo reside na ampliação da compreensão da percepção dos pacientes em relação ao objeto de estudo. Ao investigar suas experiências e sentimentos, podemos obter *insights* valiosos para aprimorar estratégias de ensino e treinamentos, visando contribuir com o autocuidado e minimizar os desafios enfrentados pelo paciente.

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem**

As condições crônicas acarretam aumento na demanda por cuidados continuados, com mudanças significativas no contexto familiar e no processo de assistência à saúde, além de refletir nas políticas públicas e na organização do processo de trabalho das instituições de saúde (Sato *et al.*, 2022).

Assim, torna-se essencial a compreensão e a valorização de particularidades relacionadas ao contexto domiciliar e familiar do paciente, além de conscientizar os sujeitos a importância dos papéis no cuidado para além do contexto hospitalar, sendo do Enfermeiro o papel de desenvolver o indivíduo para que ele tenha maior destreza no processo, e compreenda que a capacidade do autocuidado vai muito além da manutenção do bem estar, faz parte constituidor do ser humano (Sato *et al.*, 2022; Queiros, 2014; Vale *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2018) .

O enfermeiro é capaz de orientar o paciente durante o processo de saúde-doença, mantendo a sua autonomia (Silva *et al.*, 2020), deixando claro que ele será auto responsável por seus cuidados, indispensável para a manutenção da saúde e do seu bem estar. Quando algo fica comprometido a nível do autocuidado, poderá resultar em sensibilidade desfavorável à vida desse paciente e alterar o bem estar do mesmo (Pereira, 2019).

O autocuidado é a capacidade individual de satisfazer suas necessidades físicas e psicológicas, passa a ser muito importante desenvolver habilidades e

competências para que esse indivíduo possa manter uma rotina das atividades diárias e conseqüentemente, a socialização. Os cuidados com essa nova fase, são ensinados pelos profissionais de saúde, que precisam desenvolver um ensinamento e uma assistência individualizada (Mota, 2014).

O estudo de Pereira (2019) refere que a Enfermagem é facilitadora dos processos de transição da saúde e bem-estar do paciente, pois são os profissionais que mais vivenciam junto a ele todas as mudanças, por estar em uma assistência ininterrupta. A existência de comprometimentos a nível do autocuidado, pode afetar negativamente a vida dos indivíduos, principalmente quanto à sua funcionalidade, bem-estar e saúde, sendo a reconstrução da autonomia um objetivo primordial para os enfermeiros, independentemente do local do seu exercício profissional (Maciel, 2013).

O profissional de enfermagem executa sua atividade com excelência quando, atende de maneira individualizada e planeja um cuidado específico para o paciente, fundamentado nas teorias de Enfermagem, que atuam como complemento à cientificidade, contribuindo para a validação da enfermagem como ciência e permitindo uma atitude crítica e reflexiva pelo profissional no andamento das suas atividades. As teorias passam a ser discutidas com o intuito de uniformizar o cuidado e trazer o conhecimento científico amparado para o fortalecimento do profissional e suas atividades (Silva *et al.*, 2020).

Elas servem para nortear a enfermagem quanto às condutas e os cuidados ao paciente nesse processo adaptativo como acontece nos casos de doenças crônicas, por exemplo, e demais contextos. O indivíduo deve ser envolvido no processo pois depende dele também querer, e estimular é importante para estabilização e manutenção do seu quadro clínico, exercendo seu papel de autônomo. Compreender as limitações do paciente e saber quando intervir, também faz parte e favorece uma reabilitação adequada do paciente, além de contribuir com o sistema organizacional (Da Silva *et al.*, 2020).

O autocuidado é um conceito exposto por uma teoria de Enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem, entre os anos 1959 a 1985, na qual considera o indivíduo o principal provedor à sua saúde, praticando atividades em seu próprio benefício. Dorothea Elizabeth Orem, foi enfermeira com forte prestígio na educação, desde a sua formação que associado à prática, cultivou interesse para trabalhar conceito e prática do autocuidado (Silva *et al.*, 2020).

Para Orem, autocuidado é quando o indivíduo resgata e proporciona o bem-estar próprio através de ações para seu próprio interesse, pois todos possuem o potencial para cuidar de si mesmo, apesar dos diferentes graus. Idade, estado de desenvolvimento e estado de saúde são fatores condicionantes que irão determinar a habilidade do indivíduo com relação às próprias ações de autocuidado. Sua definição foi muito importante para que se construísse a teoria (Silva *et al.*, 2020), o que não foi bem realizado pelo próprio indivíduo, conseqüentemente não pode colaborar para a manutenção do bem-estar do paciente, caracterizando como déficit do autocuidado e daí, são ações que devem ser implantadas por um grupo de profissionais (Felipe *et al.*, 2014).

O Modelo do Autocuidado, desenvolvido por Orem, sugere que o profissional assista o indivíduo como um todo e através da sua observação ele possa agir conforme a necessidade encontrada. Ela foi desenvolvida por meio de outras 3 teorias relacionadas: sendo "A teoria do autocuidado", que descreve como e o porquê da pessoa cuidar de si mesma; "A teoria do déficit do autocuidado" que explica o motivo das pessoas serem ajudadas e como a enfermagem pode assistir e auxiliar o indivíduo no autocuidado e por fim "A teoria dos sistemas de enfermagem" que descreve os cuidados prestados pelo profissional de modo que diminua a dependência no autocuidado (Jacinto, 2019).

A Teoria de Orem sugere desenvolver atividades que fortaleçam o autocuidado em três momentos: primeiro, o contato inicial do profissional com o paciente que necessita do cuidado; segundo, esse contato deve permanecer para o desenrolar da assistência a fim da enfermagem compreender o indivíduo e por último, o profissional deve preparar o indivíduo para desenvolver as ações de forma independente (Couto *et al.*, 2018).

O estudo observacional de Couto *et al.* (2018) refere que uma paciente ostomizada, assistida pela enfermagem, apresentou sua qualidade de vida aumentada no caso de estímulos à cuidar de si mesma. O estudo constatou mudanças no comportamento da paciente em relação a adesão ao tratamento e ao autocuidado através da constância do profissional em atendê-la de maneira holística. Outro estudo, afirma que os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 sofrem um impacto biopsicossocial, sendo extremamente importante que o enfermeiro reconheça as necessidades individuais e desenvolva habilidades necessárias para o paciente realizar o gerenciamento da doença. A atuação da enfermagem, através da educação

em saúde, traz bons resultados com relação a promoção do autocuidado aos pacientes portadores de condições crônicas, apresentando bons níveis terapêuticos para o controle da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

No caso de pacientes traqueostomizados, é necessária uma readaptação das atividades diárias à essa nova condição de vida, o que exige também competências relacionados ao controle da sua ostomia, incluindo o conhecimento da mesma, a capacidade para cuidar dela e da pele ao redor, trocar o dispositivo da ostomia quando necessário, a prevenção de complicações entre outros (Queirós, 2014). Para Ribeiro e Andrade (2020) os pacientes ostomizados, quando constroem um bom vínculo com a equipe, passam a aceitar o estoma e viver melhor, corroborando com a teoria de autocuidado de Dorothea Orem. Trabalhar com esse indivíduo de modo que o mesmo aceite o estoma requer esforço do profissional, sendo necessário proporcionar um atendimento holístico para melhor reabilitação (Couto *et al.*, 2018).

Assim, o enfermeiro como ponte desse processo adaptativo, deve focar na demanda educativa como um processo dinâmico, criativo e libertador objetivando o aproveitamento das capacidades do paciente, promovendo a autonomia (Ribeiro; Andrade, 2020).

## **6. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **6.1. Tipo de Estudo**

Estudo do tipo descritivo exploratório, utilizando a abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva, segundo Minayo (2010), tem por finalidade apresentar as características de uma determinada população ou fenômeno e utiliza-se das ferramentas da observação, do registro e da interpretação. Além disso, busca descrever e explicar fenômenos, considerando a subjetividade, o significado e a intencionalidade, as quais estão presentes nas estruturas sociais e ao mesmo tempo, privilegia os microprocessos por meio de uma ação individual ou coletiva dos sujeitos.

### **6.2. Local de Estudo**

O estudo foi desenvolvido com os pacientes que foram traqueostomizados durante procedimentos realizados no Hospital Amaral Carvalho (HAC), de Jaú. O município está situado no centro do estado de São Paulo, a 296 km da capital e, segundo dados do IBGE (2020), possui população estimada de 153.463 habitantes com uma densidade demográfica de 191,09 habitantes por quilômetro quadrados. Possui o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,778, tal índice é calculado a partir das médias geométricas de longevidade, educação e renda variando de 0 a 1.

A Fundação Doutor Amaral Carvalho é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 1980, com certificado de Acreditação Nível III da Organização

Nacional de Acreditação (ONA) e em 2020, comemorou 50 anos de pioneirismo em tratamento especializado em câncer no interior de SP. Neste ano atendeu cerca de 435 municípios, realizando 109.069 consultas, 1.026.844 procedimentos realizados e 57.667 pacientes atendidos (HAC, 2020).

### **6.3. Participantes do estudo, critérios de inclusão e exclusão**

Fizeram parte do estudo 11 pacientes, com idade entre 47 - 74 anos, que se encontravam em tratamento no Hospital Amaral Carvalho (HAC) e, submetidos ao procedimento de traqueostomia no período de coleta de dados, ou seja, agosto de 2023 a março de 2024 e com retorno agendado para consulta ambulatorial no local do estudo.

Utilizou-se como critérios de exclusão pacientes traqueostomizados que apresentaram déficits cognitivos ou motores, impossibilitados de realizar o autocuidado e pacientes traqueostomizados afásicos, ou seja, laringectomizados total. No total foram excluídos oito pacientes do estudo, sendo: três se negaram a participar; 02 apresentaram déficit cognitivo e 3 já possuíam traqueostomia.

### **6.4. Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados**

Para o recrutamento dos participantes do estudo, a pesquisadora principal fez contato diário com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico da Instituição, com o objetivo de adquirir informações sobre a programação cirúrgica dos pacientes que seriam submetidos à traqueostomia. Após o procedimento cirúrgico, o sistema MV Soul era utilizado para obter conhecimento sobre a localização do paciente (enfermaria e leito) e atualizações clínicas fornecidas pela equipe multiprofissional. Na sequência, quando se identificava um plano de alta para o paciente traqueostomizado, estes eram convidados a participar, voluntariamente, do estudo.

Para uma organização eficiente dos dados e garantia da confidencialidade dos pacientes, estes foram categorizados por uma sequência numérica par e ímpar, seguida do elemento alfanumérico "P" para paciente, por exemplo, P1, P2, P3 e assim por diante. Os pacientes com números ímpares foram submetidos à estratégia educativa tradicional (folder impresso) enquanto os pacientes com números pares passaram pelo treinamento de habilidades simuladas.

Todas as fases da coleta de dados foram conduzidas em uma sala pertencente ao Núcleo de Educação Continuada da Instituição. Importante destacar que o local oferecia conforto e privacidade, pois a sala estava equipada com mesa e cadeiras, onde a pesquisadora também disponibilizou os materiais para o treino de habilidades simuladas e, um computador, utilizado para a capacitação no primeiro encontro.

Para uma melhor organização e compreensão da coleta dos dados, dividimos as etapas deste estudo em 03 fases, sendo:

#### **6.4.1. Fase 1- “Entrevista semi estruturada pré capacitação e aula expositiva-dialogada”**

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista contendo questões semi-estruturadas, a qual possibilita ao pesquisador inserir novas perguntas, direcionando-as aos objetivos do estudo (Silva; Camargo; Padilha, 2011). Assim, o instrumento para a realização da entrevista foi dividido em duas partes, sendo a primeira parte com variáveis para caracterização dos participantes do estudo e a segunda parte composta por questões abertas (APÊNDICE B).

Na sequência, foi fornecida uma sessão de capacitação com duração aproximada de 40 minutos. Nesta seção foi utilizado o computador, como recurso didático para uma aula expositiva e dialogada e essa apresentação que utilizou de 20 slides com informações e figuras, sobre: o que é a traqueostomia; finalidade da traqueostomia, o autocuidado com a traqueostomia, prevenção de riscos com a traqueostomia e condutas a serem realizadas no caso de intercorrências com a traqueostomia, incluindo a higienização das mãos.

O material para essa capacitação foi construído de maneira didática, incorporando uma variedade de figuras e imagens para simplificar e enriquecer a compreensão do indivíduo. Este recurso educacional se baseia no material já disponível no hospital (ANEXO B), mas também faz referências ao Manual de Orientações do AC Camargo, proporcionando uma fonte de informação abrangente e confiável. Ao finalizar, o paciente era encaminhado através de colaborador do transporte para alta com todas as suas orientações de retorno e tratamento já realizadas.

Essa fase, com a capacitação e aula expositiva e dialogada, teve o propósito de nivelar o conhecimento entre todos os participantes e após, cada um foi submetido

a um processo de aleatorização o qual determinou a estratégia educativa que cada paciente seguiu, resultando na formação de dois grupos distintos, identificados como: grupo de pacientes que receberam capacitação tradicional (Grupo folder) e grupo de pacientes do treino de habilidades (Grupo treino de habilidades).

#### **6.4.2. Fase 2- “Estratégias educativas: folder impresso ou treinamento simulado de habilidades sobre o autocuidado para o paciente traqueostomizado”**

Nesta fase, com a divisão em grupos, cada paciente experimentou a estratégia conforme a randomização. Os participantes que faziam parte do Grupo folder, receberam o folder impresso já em uso na capacitação tradicional da instituição, junto de uma explicação verbal realizada pela pesquisadora principal sobre o seu autocuidado e, além disso, foram orientados sobre a data de retorno para consulta ambulatorial no hospital, ocasião em que aconteceu a segunda entrevista (Fase 3).

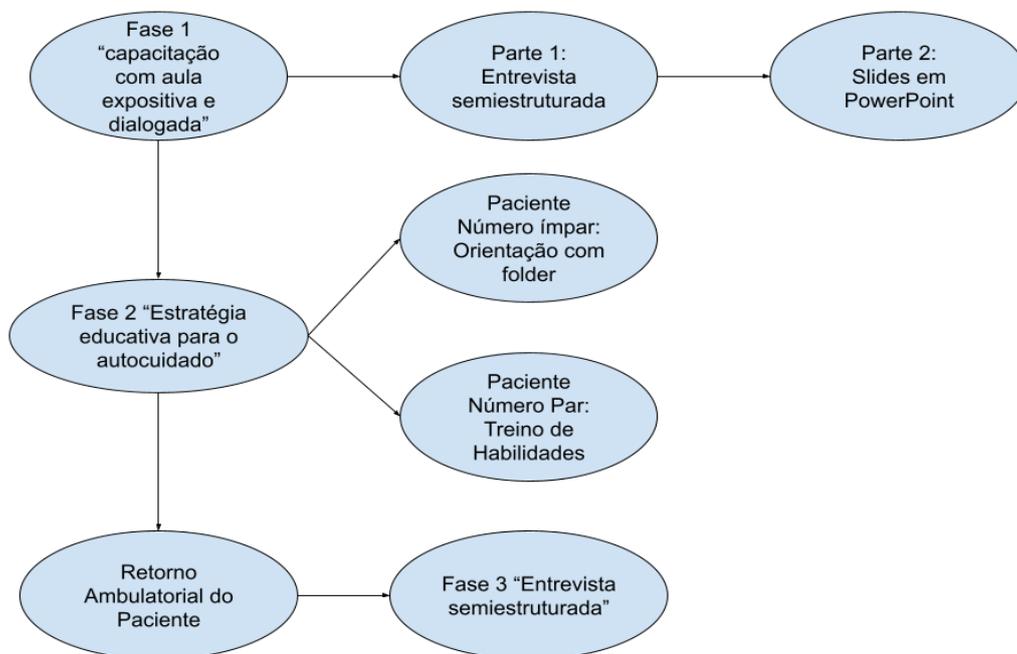
Os pacientes que participaram do treino de habilidades fizeram parte de uma simulação de baixa fidelidade para treino de habilidades, realizada na mesma sala disponibilizada anteriormente. Foram criados dois cenários para que os pacientes pudessem realizar o treinamento: no primeiro momento, abordou-se a lavagem das mãos enquanto no segundo cenário, concentrou-se no treinamento para a higienização da cânula e sua inserção. Após a conclusão do treino de habilidades simuladas, receberam alta hospitalar e, conforme protocolo, a data de retorno para a consulta ambulatorial no hospital.

O treino de habilidades foi conduzido por cerca de uma hora com simulador adulto de baixa fidelidade. Inicialmente, foi permitido ao paciente um momento de reconhecimento do ambiente e do simulador e posteriormente, foi solicitado que o mesmo realizasse as ações de cada estação de habilidades (APÊNDICE D). Cada estação tinha um objetivo a ser atingido pelo paciente, ao final de cada uma delas, era realizado o *feedback* para discussão e devolutiva sobre as habilidades demonstradas, durante o qual o facilitador resgatou os conteúdos previamente trabalhados na Fase 1, no sentido de ressignificá-los.

#### **6.4.3. Fase 3: “Entrevista semi estruturada no retorno ambulatorial”**

Nesta etapa, o paciente foi, novamente, convidado a participar da entrevista semi estruturada (APÊNDICE B), a qual foi agendada para coincidir com o retorno do mesmo no ambulatório. Cabe destacar que tanto as entrevistas da fase 1, como as da fase 3, foram conduzidas por duas pesquisadoras, sendo uma a pesquisadora principal do estudo e a outra, membro do grupo de pesquisa, a qual foi treinada para esta coleta. As entrevistas foram audiogravadas e a todo momento o pesquisador ofereceu pausas para descanso do paciente. A duração das entrevistas foi de 10 a 15 minutos.

A Figura 2, mostra o fluxograma com as fases do estudo.



**Figura 2** - Fluxograma das fases da coleta de dados. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Além das entrevistas, a pesquisa incorporou a técnica de observação em todas as fases, na qual as reações e impressões foram observadas permitindo uma análise mais aprofundada e detalhada.

## 6.5. Análise dos dados

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram analisados utilizando a técnica da Análise Temática, um método proposto por Braun e Clarke (2006). Este método consiste na utilização de 06 etapas para que o conteúdo das falas e a interpretação de resultados sejam realizadas sistematicamente, permitindo também uma interpretação no processo de seleção de códigos e construção de temas (Conceição *et al.*, 2020) associado aos dados da literatura (Boyatzis, 1998 citado por Braun e Clarke, 2006).

Braun e Clarke (2006) destacam sua flexibilidade e facilidade na utilização, como as principais vantagens dessa técnica e, Souza (2019) nos traz que a proposta dessa análise é conduzida em seis passos: familiarização com os dados; criação dos códigos iniciais; procura de temas; revisão de temas; definição e nomeação de temas e por último, produção do relatório. Sendo a fase 1, familiarização dos dados, a fase de transcrição das gravações, e identificação das ideias principais. Na fase 2, criação dos códigos iniciais, o pesquisador a partir do que foi retirado de ideia central inicia o processo de codificação dessas ideias; na fase 03, procura de temas, os temas são agregados em códigos conforme as ideias centrais identificadas anteriormente; na fase 04, revisão de temas, acontece um requinte dessas divisões de modo que alguns temas podem ser descartados à depender dessa revisão; a fase 05, definição e nomeação de tema e por último, a fase 06, produção do relatório, onde o pesquisador desenvolve o relatório apresentando os resultados e relacionando à pergunta de pesquisa e à literatura existente.

## **6.6. Aspectos éticos e legais**

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2023 a março de 2024, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), sob número CAAE: 67382923.5.0000.5504 (ANEXO A).

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **7.1. Caracterização dos participantes do estudo**

Dezenove pacientes foram avaliados para verificar se atendiam aos critérios de inclusão do estudo. No entanto, somente onze aceitaram participar de todas as fases da pesquisa. Sendo que três se recusaram a participar, dois pacientes tinham déficit cognitivo e outros três pacientes já tinham traqueostomia prévia, portanto não foram incluídos no estudo.

A faixa etária dos entrevistados variou entre 47 e 74 anos, oito (72,7%) tinham a cor de pele auto declarada branca, três (27,2%) parda e todos os participantes do estudo eram do sexo masculino. Em conjunto com esses dados, cinco (45,4%) das traqueostomias confeccionadas foram realizadas de maneira programada e 54,5% foram realizadas de urgência.

Com relação ao nível de instrução, o grupo apresentou baixa escolaridade, sendo quatro (36,3%) responderam possuir o ensino Fundamental Completo, dois (18,1%) o ensino Fundamental Incompleto, dois (18,1%) o ensino Médio Incompleto, dois (18,1%) ensino Médio completo e apenas um (9%) possui o ensino superior. Sobre o estado civil, seis (54,5%) indivíduos do estudo são casados, três divorciados (27,2%) e outros dois (18,1%) mantêm uma união estável.

Os participantes do estudo referiram que em algum momento da vida foram fumantes e dez (90,9%) tiveram o etilismo como hábito de vida. Dentre os integrantes do estudo, 90,9% foram diagnosticados com neoplasia maligna, sendo câncer de cabeça e pescoço (CCP). Apenas um indivíduo (9,1%), até o momento, não possuía diagnóstico, pois havia realizado traqueostomia, em decorrência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e, aguardava o resultado da biópsia, pois havia forte suspeita de malignidade.

Após a caracterização dos participantes do estudo, a etapa a seguir foi construída a partir do processo de organização dos dados, a qual deu origem a duas categorias, sendo a categoria 1: correspondente à fase 1 (entrevista pré capacitação

e aula expositiva e dialogada) e intitulada: *“Sentimentos e emoções relacionadas ao autocuidado na desospitalização com o dispositivo de traqueostomia”* e a categoria 2: refere-se ao período subsequente, ou seja, ao retorno ambulatorial (fase 3) e intitulada *“As experiências no autocuidado domiciliar com o dispositivo de traqueostomia após as diferentes estratégias educativas”*.

## **7.2. Sentimentos e emoções relacionadas ao autocuidado na desospitalização com o dispositivo de traqueostomia**

Esta categoria empírica emergiu a partir das falas dos participantes, nas quais foi possível identificar os sentimentos e emoções relacionados ao processo de alta hospitalar, antes de realizar o treinamento com a aula expositiva e dialogada.

A emoção dos pacientes em relação a esta nova fase de vida, pôde ser percebida, diante do entusiasmo destes, referindo o alívio de terem superado um período anteriormente temido devido à intensa dispneia. Conforme evidenciado nas falas abaixo:

*“Eu ‘mesmo’ consigo fazer o cuidado?! Isso vai melhorar a minha vida né! Eu acordava no meio da noite e era bem difícil, e não depender de ninguém é muito bom. Minha esposa usa andador e tem problema de ‘se mexer’ então preciso aprender o máximo” (P3).*

*“Melhorou muito a minha respiração, tinha muito sangue e isso não era bom. Eu nem tinha pensado o que era e agora eu tô tão bem que vou fazer o que tem que fazer pra ficar melhor ainda” (P6).*

Por outro lado, alguns participantes demonstraram-se impressionados negativamente, expressando insegurança acerca da perspectiva de voltar para a casa. De maneira geral, aquela situação representava um desafio para estas pessoas, conforme se pode observar nas falas a seguir:

*“Não tem como ficar pior do que tá né (Levanta as mãos). Ah eu não mexo não, não vou enxergar aqui. (Balançando o dedo)” (P2).*

*“Ah tem que se adaptar né. É tanta coisa pra pensar” (P4).*

*“Eu nem imaginava o que era. Desafiador, né?” (P6).*

Procurar e auxiliar os pacientes a ‘enxergarem’ os benefícios proporcionado no tratamento são de extrema importância para a sua adesão, principalmente quando é abordado técnicas de autocuidado e isso é um ponto de vista que deve ser reforçado por toda a equipe multiprofissional durante a hospitalização, para que no domicílio ele se sinta fortalecido para exercer sua autonomia. Uma traqueostomia, isoladamente, em um ângulo único, poder ser considerada algo ruim, mas, quando olhamos de maneira otimista, a mesma pode proporcionar um bem estar nos pacientes com dificuldades respiratórias e assim, manter sua rotina diária.

Os participantes demonstraram insegurança, preocupados com sua autonomia e a capacidade do desenvolvimento das atividades antes realizadas.

*“Quero ficar bom pra fazer compras pra minha lojinha, né ‘bem’?” (P6)*

*“Eu mesmo consigo fazer isso?! (P3)*

A atenção da autonomia do paciente representa um desenvolvimento relativamente recente no contexto das instituições de saúde. Com o fortalecimento de equipes multi e interdisciplinares na atualidade, a discussão em torno dessa autonomia tem se tornado um indicativo de progresso, refletindo as transformações nas abordagens e intervenções de saúde. Conforme Fonseca *et al.* (2014), a prevenção de erros nos cuidados de saúde é também garantida por pacientes que estão devidamente preparados para gerenciar suas próprias necessidades de saúde.

Foi observado que os participantes P1, P2 e P11 apresentavam sinais de tristeza na primeira interação, condição que persistiu ao longo da entrevista. Chama atenção o fato de que o paciente 1 manteve uma postura curvada com a cabeça predominantemente baixa. Pode-se perceber dificuldade em se adaptar à sua nova rotina, à sua imagem corporal alterada, conforme evidenciado pela sua limitada expressividade verbal e não verbal.

A imagem corporal (IC) é caracterizada como a representação mental e emocional que possuímos de nosso corpo. A imagem corporal alterada (ICA) é qualquer modificação substancial que se manifesta fora dos limites do

desenvolvimento normal. No entanto, essa nova forma de vivência do indivíduo será influenciada conforme suas referências, sua capacidade de adaptação e, quanto maior flexibilidade, mais fácil a adaptação a essa ICA. (Price, 1990).

No estudo conduzido por Ricardo e Palermo (2018), foi observado que a maioria dos indivíduos com ostomia intestinal demonstrava um nível de satisfação reduzido em relação a sua imagem corporal e Sales *et al.*, (2010) evidencia que a colostomia é uma intervenção cirúrgica que não apenas modifica a fisiologia normal, mas acarreta desafios emocionais e sociais adicionais, devido a presença de odores e a necessidade de utilizar um dispositivo coletor.

Nesse sentido, em casos de ostomia respiratória, o estudo de Hannickel *et al.* (2002) nos traz que indivíduos portadores de traqueostomia relatam que se observam mais no espelho e têm um cuidado pessoal aprimorado. No entanto, esses indivíduos exibem comportamentos que sugerem dificuldades significativas na autogestão da ICA, resultando em comprometimento no seu processo de autocuidado. Essa dificuldade manifesta-se em comportamentos associados à baixa autoestima, que podem englobar o isolamento social, a depressão e a dificuldade na reintegração aos papéis sociais. Esta observação sugere a necessidade de estratégias de intervenção focadas na melhoria da autoestima e na reintegração social desses indivíduos.

Como contribuição, Formigosa, Costa e Vasconcelo (2018) analisaram as representações sociais e o impacto psicológico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço que tiveram a ICA, revelando que o diagnóstico e essa nova situação de vida afetam profundamente o bem estar físico, emocional e social levando a sentimentos de tristeza e isolamento.

Na fala abaixo, percebe-se que o paciente sente-se perdido diante de sua nova condição. Pode-se inferir que o processo de adaptação para seu autocuidado envolve a compreensão da sua condição, a desmistificação e a coragem para ele próprio realizar seu cuidado:

*“O que eu posso falar? (Pausa e abaixa a cabeça) Eu não vou saber cuidar né. Eu esperava que a pessoa ia fazer isso” (P1).*

A fala expressa sua insegurança e receio em relação ao cuidado com a traqueostomia, trazendo esta responsabilidade para uma segunda pessoa. Cabe destacar que, durante a capacitação, este paciente (P1) apresentou eliminação de

grande quantidade de secreção pela ostomia, assim foi necessária a interrupção da capacitação por várias vezes, evidenciando a complexidade da sensibilidade e do manejo clínico neste contexto.

Durante a fase 1 em que ocorreu a capacitação dos participantes com aula expositiva e dialogada, foi possível identificar que os pacientes, P7 e P11, mencionam sobre a necessidade do apoio familiar, demonstrando maior segurança quando se tem alguém para auxiliá-los neste processo.

*“É uma experiência nova, mas eu vou ter todo mundo comigo, tem o posto da minha cidade também, eu tenho irmão e filhos. Moro com meus pais, são de idades, mas moramos juntos” (P7).*

*“É muito difícil né, mas eu também tenho a ajuda da minha companheira” (P11).*

Para Pedrolo e Zago (2002) a família representa o principal sistema de suporte ao paciente, a análise dos seus mecanismos de enfrentamento torna-se essencial para a compreensão da dinâmica de suas experiências.

A participação, o apoio e o envolvimento familiar, no plano de cuidados, devem ser incentivados pelos profissionais de saúde e ao mesmo tempo, faz-se necessário também ser fortalecido que o paciente mantenha sua autonomia reforçando o quanto esta mudança repentina é desafiadora, reforçando a relevância de mais estudos, que possam abordar estratégias educacionais que contemplem esses pontos

Os participantes majoritariamente homens demonstram falas de insegurança em relação ao autocuidado, resistência para manipular a traqueostomia e de certa maneira uma responsabilização do cuidado para o familiar.

*" (...) mas eu não vou saber né. Agora, no momento assim, eu não sei (Faz sinal de negativo e com olhar espantado). Eu esperava que só a pessoa ia fazer isso né?" (P1).*

*“Não tem como ficar pior do que tá né” (Levanta as mãos). Ah eu não mexo não, não vou enxergar aqui. (Balançando o dedo). O problema é dela entender também né, porque eu vou saber?!” (P2).*

*“Mas não tenho como ir agora. Eu não enxergo e não vou saber fazer, tenho uma cirurgia na retina” (P4).*

*“Cuidar de mim mesmo é uma opção não é? Posso ou não fazer. Minha esposa é muito cuidadosa e capaz de eu nem chegar a fazer. Tudo bem né?” (P9).*

O estudo de Andrade *et al.* (2018) revela que o autocuidado não é tradicionalmente incorporado às rotinas diárias dos homens, sendo necessário estímulos externos. Mesmo eles admitindo ter conhecimento sobre a importância do autocuidado, é possível identificar que os homens mantêm inclusive o mesmo estilo de vida que possuíam antes do tratamento. (Andrade, Freitas e Costa, 2018). E foi possível constatar essa condição clínica no conjunto de indivíduos submetidos à pesquisa, como por exemplo o uso do cigarro. Nenhum dos participantes cessaram o uso do cigarro.

Fazer com que todos os pacientes compreendam a importância das rotinas de saúde é um grande desafio a ser superado nas instituições de saúde, principalmente quando é abordado a população masculina, pois vivemos ainda em uma sociedade patriarcal, resultando em muita resistência por parte dos homens. O projeto terapêutico, além de ser individualizado, deve contemplar estratégias de educação em saúde que vão além das ‘métricas’: é preciso saber entender todo o contexto e as referências daquele indivíduo e utilizar das metodologias apropriadas para orientar e ensinar, visto que há diferentes níveis de formas e compreensão.

Para Bidinotto, Simonetti e Bocchi (2016) muitas vezes a resistência em prosseguir com ajuda é multifatorial, envolvendo os fatores dos atendimentos em saúde serem na maioria realizados por mulheres, por receio do diagnóstico e de se descobrir incapaz para seu autocuidado, entre outros. Os autores Arreguy-Sena *et al.*, (2021) relacionam a resistência por parte do sexo masculino ser fortemente conectada à uma cultura machista na qual tornam os homens "frágeis" diante de tal situação e então, há uma hesitação em buscar atenção à saúde e, sabendo disso, é importante que o profissional de saúde utilize da comunicação e proceda com uma acolhida adequada para esse paciente, para que ele possa compreender e estar envolvido no cuidado.

A desconstrução de pensamentos e barreiras a fim de promover o acesso da população masculina aos serviços de saúde deve incentivar o autocuidado e

reconhecer que a saúde é um direito de todos (Moraes *et al.*, 2020). No estudo de Cortez, Trindade e Menandro (2017), alguns homens trazem esses sentimentos e emoções negativas, como o medo e a fraqueza e, o reconhecimento desses sentimentos devem ser considerados e acolhidos, por parte do profissional para que isso seja trabalhado em conjunto, que sirva de exemplo e possa ser discutido o impacto e efeitos em cima dessa crença de masculinidade e práticas de negligência em saúde, possibilitando o homem assumir-se como sujeito do cuidado, além de que esse reconhecimento de vulnerabilidade indica abertura para intervenções que valorizem o autocuidado.

Podemos identificar na fala do P2, sua insegurança quando sugere que a acompanhante deveria aprender os cuidados. Os pacientes se sentem vulneráveis frente a desospitalização, pois sua imagem está sendo desconstruída frente às atribuições que lhes são concedidas. Culturalmente, o cuidado é uma habilidade feminina e portanto, muitos homens limitam o seu envolvimento com seu próprio cuidado sendo necessária uma ruptura com o preconceito e estereótipo culturalmente enraizado, trazendo o homem para essa realidade de cuidado próprio (Moraes *et al.*, 2020). Nesse sentido, a falta de planejamento da alta hospitalar, pode acarretar muita insegurança nos pacientes (Ghenó e Weis, 2021).

Nas falas, percebe-se o otimismo relacionado ao autocuidado:

*“Ah, vai melhorar a minha vida né” (Faz sinal de agradecimento) (P3).*

*“mas com o tempo eu vou aprender, eu aprendo” (P4).*

*“O pior, já foi, eu morri e nasci outra vez. Agora a gente vê a vida com outros olhos né. Tô com uma nova chance” (P7).*

O estudo de Santos *et al.* (2022) traz que as condições socioeconômicas podem também influenciar na eficácia do autocuidado e, variáveis como o nível educacional pode estar intrinsecamente ligado à capacidade de autocuidado, podendo resultar em dificuldade de compreensão das informações.

Neste íterim, o estudo de Rodrigues *et al.* (2012) aponta que indivíduos diabéticos de diferentes faixas etárias, com baixa escolaridade podem ter dificuldade para aderência ao regime terapêutico. Isso pode ser atribuído tanto à dificuldade do

indivíduo de ler e compreender o receituário médico, ou mesmo de como funciona a doença e do próprio tratamento.

Na Fase 1, os pacientes P3, P4 e P7 demonstraram atitude positiva em relação a sua saúde. Notou-se uma participação ativa, exposição das suas dúvidas durante a capacitação e é importante ressaltar que o P4 foi o único paciente com ensino superior e o P3 foi o participante mais jovem da pesquisa, além de acompanhante com déficit motor.

Para os autores, Queiroz *et al.* (2023), existem danos relacionados à rotina diária e social dos pacientes que passaram pela traqueostomia. Porém, outros pacientes descrevem a experiência de maneira mais tranquila e, podendo concluir que os resultados e experiências são diferentes.

Nesse sentido, cabe ressaltar que esta investigação trata de uma experiência que mobiliza o cotidiano destes indivíduos, bem como sua relação com familiares e com a sociedade em geral. A forma como estes reagiram ao fato de serem portadores de traqueostomia foi um recorte destes pacientes e observa-se a presença de diferentes sentimentos.

A conscientização do autocuidado e o reconhecimento de que é necessário aprender e manusear o dispositivo, como apresentado na fala abaixo:

*“(...) mas e se em algum momento eu precise e ela não está lá né (Abre os olhos) É esquisito né, teria que no caso eu estar orientado, porque se não o que eu vou fazer?”(P1).*

*“Dependência, é o que eu penso. Porque a sonda aqui eu não vou ficar pra sempre, esse oxigênio também não. Mas ‘isso’ aqui, sim. O médico já falou que pode ser pra sempre e me preocupa ser dependente para sempre de alguém por isso” (P9).*

*“Vai ser muito bom eu aprender e eu quero fazer da maneira correta” (P5).*

A transição do hospital para a casa é considerada um período desafiador para o paciente e os demais; já foram identificados, em outros estudos, sentimentos de estresse, medo e isolamento relacionados à falta de experiência diante dessa situação atual. A pouca participação e envolvimento do paciente no cuidado intra hospitalar, é identificado fator limitante para o fomento do autocuidado e portanto, é fundamental

que essas ações de cuidado realizadas pela equipe de enfermagem, seja realizada de forma a integrar o paciente no processo, visando a independência (Pitzer; Flores, 2022).

No estudo de Pitzer e Flores (2022) os pacientes relataram a necessidade da assistência de terceiros para a realização dos cuidados em casa e, tal dependência já se inicia no ambiente hospitalar. O estudo revelou, que um paciente desenvolveu habilidades com o auxílio do espelho para seu próprio cuidado, o que poderia ser uma estratégia educativa utilizada para encorajá-los. É essencial que os profissionais da equipe de saúde considerem o público alvo para a capacitação, o objetivo é treinar esse público de maneira segura, reduzindo a tensão associada na execução do procedimento em ambiente doméstico. A Teoria de Orem, destaca que o autocuidado possibilita que indivíduos, familiares e comunidades tomem iniciativa e assumam responsabilidades visando à melhoria da qualidade de vida (Silva *et al.*, 2020).

No entendimento da Teoria de Orem, o termo requisitos de autocuidado significa as ações que são dirigidas a fim de fortalecer o autocuidado. E esses requisitos são divididos por Orem, em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Quando discutido sobre os requisitos universais associados à manutenção da integridade e funcionamento do ser humano, podemos incluir as atividades básicas da vida diária indispensáveis para a saúde e o bem-estar como por exemplo ingestão de líquidos, alimentação, repouso e atividades de eliminação. Os requisitos de desenvolvimento são as novas situações que ocorrem na vida humana e, por último, requisitos no desvio de saúde, que são cuidados frente ao problema de saúde diagnosticado no propósito de reabilitação e controle (Orem De, 1995)

Quando discutido sobre as condições universais para o autocuidado, é importante o apoio familiar, a manutenção da saúde mental e a influência da fé. Quanto aos requisitos de desenvolvimento, é valioso que os profissionais de saúde co-responsabilizam o próprio indivíduo para o seu autocuidado através de atividades educativas (Chagas *et al.*, 2020).

Em um estudo de pacientes com ostomia de eliminação, com o auxílio do profissional da enfermagem, os pacientes passaram a aceitar melhor sua condição quando bem instruídos. Para Orem, o paciente deverá ter um contato inicial sobre as exigências dessa sua nova condição, depois deve haver um envolvimento da família ou responsável e por último, deve acontecer uma preparação do mesmo para conduzir seu próprio cuidado (Ribeiro e Andrade, 2020). O estudo de Arruda *et al.* (2020)

sugere a necessidade de estratégias mais eficazes para envolver esta população em programas de autocuidado.

### **7.3. As experiências no autocuidado domiciliar com o dispositivo de traqueostomia após as diferentes estratégias educativas**

A fase 3 deste estudo ocorreu no momento do retorno ambulatorial dos pacientes. O período entre a primeira abordagem, fase 1, e o retorno no ambulatório, fase 3, foi de aproximadamente 12 a 20 dias. Os pacientes P1, P3, P5, P7, P9, P11 participaram da estratégia de capacitação tradicional (Grupo folder), enquanto os pacientes P2, P4, P6, P8 e P10 participaram do treino de habilidades.

Foi possível identificar que, depois de um curto período se adaptando à manutenção da traqueostomia em domicílio, houve um aumento significativo na participação dos pacientes na pesquisa e um interesse crescente pelo autocuidado, refletindo uma confiança ampliada em sua nova rotina.

Os pacientes P3, P5 e P7 do grupo folder ressaltaram a contribuição da estratégia:

*“Pra mim foi bom né, eu aprendi bastante coisa. Foi bem difícil no começo mas tem que acostumar e eu faço três vezes por dia” (P3).*

*“Foi ótimo, eu entendi e foi muito bom. Eu consigo com o apoio dela (mulher). Foi muito importante porque a gente não sabia nada, tudo era novidade, se não tivesse essa orientação e o folder, como a gente ia fazer, né? Só agradecer mesmo. Eu que faço minha própria limpeza. Foi ótimo” (P5).*

*“Agora tem mais gente sabendo porque com os desenhos eu lembrava de falar mais coisas e todo mundo pode me ajudar” (P7).*

O estudo de Silva *et al.* (2021) nos traz um relato de experiência acerca da produção de uma cartilha sobre a prática de exercícios físicos por pacientes com câncer e conclui que essa ferramenta contribuiu significativamente para o enriquecimento do entendimento teórico sobre o câncer, os impactos do tratamento, os prejuízos causados pelo sedentarismo e as vantagens proporcionadas pelo exercício físico. A cartilha é projetada para disseminar essas informações de maneira

eficaz e direta revelando-se, um recurso valioso para motivar e resolver dúvidas a respeito dessa prática saudável.

Esse tipo de recursos com materiais infográficos, como folder e cartilhas, oferecem ao paciente facilidade no recebimento dessas informações, eles são projetados para serem visualmente compreendidos, além de permitir revisar as informações no seu próprio tempo. (Gonçalves *et al.*, 2021). Os relatos dos pacientes descritos acima revelam um impacto positivo em suas experiências, o que corrobora com o estudo de Gonçalves *et al.* (2021) que afirma que ao fornecer as informações por esses materiais, os pacientes podem se sentir mais confiantes e tendem a aderir mais ao tratamento.

Para o paciente P7, o folder foi uma importante ferramenta para lembrá-lo de compartilhar com outras pessoas e buscar ajuda, estabelecendo assim uma rede de apoio próxima. Essa abordagem é altamente vantajosa, conforme mencionado na categoria anterior, que ressaltou a importância do apoio mútuo em situações desafiadoras, como essa, resultando em maior confiança. No estudo de Riboldi *et al.* (2018) foi desenvolvido um folder educativo para orientação de pacientes com dreno na alta hospitalar, a fim de orientar o manuseio do mesmo em domicílio. A implementação do folder resultou em uma melhor contribuição e maior segurança dos pacientes e cuidadores para realização do cuidado domiciliar.

Na análise conduzida por Rojas (2014), uma série de intervenções educacionais foram empregadas à população com o objetivo de elevar o grau de conhecimento sobre as doenças parasitárias. Através da utilização de folders e da realização de vários encontros informativos houve redução considerável nas incidências das doenças intestinais. Em Araújo *et al.* (2020), o folder como recurso de estratégia educativa tem relevância e demonstrou que, com seu conteúdo conciso e uso estratégico de imagens, conseguiu adquirir a atenção do público além de facilitar a compreensão do tema abordado. Como resultado, o folder promoveu maior receptividade e eficácia na resolução de dúvidas, demonstrando ser uma ferramenta prática e direta para a transmissão de conhecimento.

Embora, culturalmente seja bastante utilizado e, em diversos estudos abordam o uso de folders como estratégia educativa, apenas uma parcela limitada desses trabalhos avaliam a eficácia dessa ferramenta, isto é, sua contribuição real e a percepção dos destinatários sobre o material.

Outro participante deste mesmo grupo foi o paciente P11, que no momento da entrevista demonstrou estar bastante envergonhado devido a uma intercorrência com a traqueostomia no seu domicílio, demonstrando receio no manuseio da traqueostomia.

*“Primeiro que eu não sabia que ia embora assim e depois, em casa, foi bem difícil e não tem como, não tem jeito (de ficar sozinho). Ela saiu sozinha mesmo eu não fiz nada, e sorte que eu moro perto de uma unidade que eu achei que fosse morrer” (P11)*

O evento adverso ocorrido no ambiente domiciliar, aponta a importância das orientações e incentivo contínuo para realizar seu próprio cuidado. As intercorrências podem acontecer durante o cuidado de pacientes com qualquer dispositivo, assim ressalta-se a importância do profissional de saúde ser sensível e ter habilidade para orientar, quantas vezes for necessário, o paciente e sua família após a alta hospitalar. Portanto, é essencial que a orientação seja contínua, inclusive no momento de retorno, assegurando que, mesmo em circunstâncias adversas, não ocorra o desânimo e que os profissionais de saúde possam motivar o paciente a seguir com o tratamento e cuidados.

Nesse contexto, o estudo de Vitor *et al.* (2010) ressalta que a assistência de enfermagem, por meio do ensino de autocuidado em conjunto com o tratamento convencional, tem o potencial de proporcionar um estado de saúde melhorado e maior autonomia para um indivíduo. O autor evidencia que ocorrem menos complicações e recorrências quando as estratégias de autocuidado são adequadamente implantadas, e que estes podem não apenas aliviar o sofrimento, mas também preveni-lo, proporcionando menor necessidade de intervenções adicionais e longos períodos de internação.

A educação dos pacientes é um pilar fundamental no processo de cuidado à saúde, especialmente quando se trata de procedimentos delicados como a manipulação da traqueostomia. Estratégias educacionais eficazes não apenas capacitam os pacientes com o conhecimento necessário para gerenciar sua própria saúde, mas também reforçam a segurança e a autonomia no manejo de dispositivos médicos em situações de urgência, como esta. O suporte de uma rede de apoio, incluindo familiares e profissionais de saúde, é crucial para garantir que os pacientes

se sintam confiantes e seguros, como já foi mencionado na categoria anterior. A orientação contínua pode diminuir significativamente o risco de complicações, promovendo um paciente mais participativo, em prol de uma recuperação mais rápida e uma melhor qualidade de vida.

Os autores Fittipald, O' Dwyer e Henriques (2021) abordam a educação em saúde como um método de construção coletiva do conhecimento de todo o processo saúde-doença, estimulando o empoderamento, protagonismo e autonomia dos indivíduos, na busca pela integralidade do cuidado e que eles se tornem ativamente responsáveis por suas decisões e escolhas. A Atenção Primária de Saúde (APS) é o espaço mais indicado para a realização das ações de educação em saúde, pela proximidade com os pacientes e pelo conhecimento dos condicionantes e determinantes de saúde que os envolvem.

O evento adverso ocorrido com o P11 e a tomada de decisão do paciente reforçam ainda mais o que é apresentado na literatura sobre o cuidado em rede no pós alta hospitalar. Autores afirmam a importância do profissional da saúde como referência para garantir as informações necessárias e que possa trabalhar como elo entre a APS e a Atenção Hospitalar (Silva *et al.*, 2019).

O participante P1 que passou pela capacitação tradicional e P2, P6 que realizaram o treino de habilidades, revelaram em suas falas que mesmo após as capacitações, ainda assim, vivenciaram dificuldades e precisaram do apoio de um cuidador, com ou sem vínculo familiar.

*“Ah, quem está fazendo pra mim lá é uma moça, uma enfermeira que eu contratei. Ela vai todo dia. Eu prefiro que ela faz né...” (Aparenta estar aliviado) (P1).*

*“Ah, ela tira de dentro e depois desinfeta e coloca. Eu tento olhar no espelho e não enxergo. Quando não vira a bolinha certa, sai sozinha”(P2).*

*“” Está muito bom, na verdade eu tenho toda a família me ajudando e cada dia é uma vitória. Me ajuda muito ficar em frente ao espelho e o treino me ajudou a ter precisão para os momentos, pra tirar esse miolo e poder respirar melhor. .... fez eu fazer várias vezes. Mas o melhor é eu ter minha família perto porque tá bem difícil o tratamento” (P6).*

Para Queirós *et al.* (2017) a existência de um cuidador nesse processo pode ocasionar dependência por parte do paciente, resultando em não envolvimento no autocuidado, por saber que existe um familiar ou cuidador disposto a fazê-lo.

O estudo de De Assis e Sales (2019) focaram em elementos que promovem a adesão ao tratamento de saúde, destacando o papel crucial do suporte familiar. O estudo aponta que a compreensão e o auxílio da família são fundamentais para adaptar as rotinas necessárias ao tratamento. Por outro lado, foi observado que pacientes com escasso ou nenhum apoio familiar enfrentam obstáculos significativos para manter o tratamento, devido à ausência de incentivo e suporte.

Ademais, Moreira (2020) traz em seu estudo o constante destaque à rede de apoio no contexto dos pacientes com estoma. E, conforme elucidado por Barros *et al.* (2014), o apoio familiar é crucial para superar as adversidades enfrentadas pelos ostomizados, que passam por desafios ao longo de sua jornada.

A importância do autocuidado deve ser reforçada não somente com os pacientes, mas com familiares e cuidadores que os acompanham durante o tratamento. Faz-se necessário que os profissionais de saúde abordem os benefícios ocasionados pela autonomia, por exemplo, na questão de higienização, identificação de intercorrências, entre outros. É preciso reforçar que “ao mesmo tempo que os ostomizados necessitam que segurem suas mãos, no sentido de apoiar, por outro lado, a independência dos mesmos é essencial” e isso deve ser incentivado principalmente por aquelas pessoas que fazem parte do círculo social dos pacientes e exercem influência nas suas escolhas.

Os estudos de Noordende, Pereira e Kuipers (2021) indicam que a resiliência dos indivíduos afetados pela hanseníase é fortemente influenciada pelo suporte social proveniente principalmente de familiares e de pacientes também afetados pela doença. Além disso, a participação em grupos de autocuidado emergiu como um elemento significativo na promoção da resiliência.

O paciente P9 do grupo folder, apontou alguns fatores da estratégia educativa que contribuíram para seu desempenho.

*“ Tudo o que vocês me ensinaram eu pude repassar para a minha filha e agora ela me ajuda muito. Os desenhos me ajudaram a lembrar, mas eu não faço nada sozinho, eu limpo o meio, mas quando tem elas perto, elas também tem que fazer porque os enfermeiros da minha cidade não sabem fazer isso. E é muito*

*bom poder respirar. Me deixa perturbado ficar tossindo toda hora, eu tenho vergonha das pessoas (...)" (P9).*

Essa fala demonstra que apesar de ter entendido os cuidados com a traqueostomia, ainda assim P7 se sente inseguro para o autocuidado, o que pode evidenciar a necessidade de outros encontros entre profissionais e pacientes no processo de educação em busca da autonomia do cuidado.

Nesse contexto, a importância das práticas educativas em saúde está ligada a maneira como as pessoas podem se sentir dependentes dos profissionais de saúde. Esta insegurança pode ser gradualmente superada por meio da relação educativa entre profissional e paciente, levando-os a se sentirem independentes e a desenvolver autonomia para conduzir suas próprias práticas de autocuidado (Brasil, 2007).

O P1 também passou pela estratégia folder e demonstrou não se sentir seguro para realizar o procedimento e ao mesmo tempo, percebeu que havia informações diferentes do que havia aprendido e o que eram realizadas pelos profissionais atuantes no serviço de saúde da cidade de origem.

*"Sei lá, eu me sinto inseguro, eu, né. Até no hospital de (...), falou pra eu trocar tudo pode esperar 2 meses, você acha..." (P1).*

Para Sá *et al.* (2023) para as pessoas com condições crônicas o autocuidado e a educação em saúde são extremamente importantes, no entanto quando há falta de comprometimento do indivíduo podem surgir complicações.

As tecnologias educativas (TE) utilizadas como estratégia de educação, tem se mostrado promissora a engajar os pacientes nas ações de cuidados para com a sua saúde. Porém, o profissional de saúde deve saber identificar e conhecer esses recursos para a possibilidade de serem incorporados na prática de acordo com cada necessidade e com cada cenário. As TE podem ajudar a formar novos comportamentos e habilidades, além de aprimorar as competências já existentes, pois incentivam a implementação de novos padrões de autocuidado.

O paciente P4 e P8 relataram suas experiência após o retorno ambulatorial, sendo participante da estratégia de treino de habilidades, conforme fala abaixo:

*"ele veio (o enfermeiro cuidador) me arrumou um aspiradorzinho e falou que 'manjava' aspirar essa secreção, mas na cânula ele não sabia fazer e eu falei*

*que estava ruim. Ele limpava por fora e minha respiração não ficava boa porque ele empurrava a secreção lá dentro. Eu sabia que estava errado, eu sabia que eu ia ter dificuldade, mas eu fiz e aprendi muito (sobre o treino de habilidades) pra ensinar ele. Então, esse treino foi muito bom porque eu sabia que ele não estava fazendo direito, o mínimo que eu aprendi foi bom, eu falei pra ele que ele precisava de um treinamento" (P4).*

*"Vocês fizeram toda a minha educação mas lá na minha cidade, ninguém conseguia me ajudar, alguém lá da minha cidade teria que ter tido esse treino" (P4).*

*"O ensino foi ótimo, senão eu não ia conseguir nem trocar o mandril, mas eu tenho ela que faz três ou quatro vezes por dia e isso me deixa mais seguro, com mais tempo eu quero ficar independente, mas não vou ficar a vida inteira com traqueo".*

*"O treino fez a diferença para a gente voltar para a casa, a familiarização com os aparelhos, mas é muito melhor quando se tem a família" (P8).*

O estudo de Justino et al. (2010) considera que, embora as habilidades técnicas sejam cruciais para o profissional, conforme achados na literatura, é igualmente importante considerar diversas dimensões únicas do paciente oncológico, que apresentam necessidades específicas. Assim, como encontramos na maioria dos nossos pacientes. É importante o profissional buscar capacitação e uma preparação humanizada para uma assistência também adequada a esse público.

Ressalta-se que treino de habilidades poderia ser utilizado durante todo o período de internação hospitalar dos pacientes e não somente no momento da alta; se em todos os plantões fossem dedicados alguns minutos, para capacitar e incentivar a segurança para manipulação e cuidados da traqueostomia, abordando principalmente o que é considerado "normal" e o que são intercorrências, que deve ser procurado alguma instituição de saúde, esses pacientes teriam mais confiança e empoderamento. Pacientes orientados e treinamentos, que realmente compreendem as informações repassadas, são mais autônomos e buscam menos os serviços de saúde.

O paciente P10 também participou do treino de habilidades e relatou a importância do "aprender fazendo", ou seja, treinar a habilidade técnica.

*"Nós não tivemos nenhuma dificuldade, aprendemos tudo direitinho. E eu conseguia fazer, fazia umas 10 vezes por dia. Vamos ver agora como será com essa. O pessoal do postinho ia em casa todo dia, pra trocar tudo, mas era só um profissional que fazia, se a pessoa não estivesse lá, ninguém fazia. Ficou muito tranquilo se eu não tivesse feito no boneco, eu não tinha conseguido, só ler e ver é diferente do que fazer." (P10)*

O paciente P4 refere o reconhecimento da estratégia de treino de habilidades no autocuidado domiciliar.

*"Foi muito útil, é um problema que eu passei a ter. Ainda não consigo fazer sozinho, mas eu tenho uma noção, foi muito bom que já não sou mais leigo. Eu nem sabia como era. Mas é só ficar uma manhã inteira fazendo que eu aprendo. É que nem quando criança curiosa, para aprender como funciona o liquidificador e a TV, tem que desmontar" (P4).*

Os diferentes públicos que estão inseridos no ambiente hospitalar, com distintos níveis de escolaridade, religiões, comunidades, entre outros, que influenciam todo o meio, acabam também por aprender das mais variadas formas. Seria ilusão acreditar que uma única forma de ensinar contemplaria a todos, por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde desenvolvam competências e habilidades mais abrangentes; um treino de habilidades, por exemplo, poderá ocorrer de mais de uma forma metodológica, a depender do público alvo. (Ribeiro *et al.*, 2021; Primo *et al.*, 2023)

Na esfera das competências relacionadas às atitudes, os participantes relataram que o treinamento de habilidades contribuiu para a autoavaliação e para o desenvolvimento da autonomia. Esse processo promoveu atitudes positivas, como responsabilidade em relação ao próprio aprendizado, organização e reconhecimento da necessidade de estudo para a apropriação do conteúdo teórico-prático.

## **8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A principal limitação deste estudo foi, principalmente, o pouco tempo de vínculo profissional com o paciente durante o processo de desospitalização. Embora a quantidade de participantes possa ser considerada adequada para um estudo de abordagem qualitativa, enfrentamos desafios na obtenção de participações efetivas dos participantes. Essas dificuldades podem estar atribuídas a vários fatores discutidos durante este estudo, que envolvem aspectos e condições físicas, emocionais e sociais dos participantes. A necessidade de uma compreensão mais aprofundada desses fatores é evidente para a melhor eficácia no caso de estudos futuros, além disso, há a necessidade de oportunizar o paciente a mais encontros para capacitação e acompanhá-lo em um período a longo prazo.

Como sugestão de pesquisas futuras, novas oportunidades e aprofundamentos às experiências e percepções dos pacientes em relação a essas e outras estratégias educativas. Este enfoque permitirá uma compreensão mais rica sobre o uso das ferramentas de educação em saúde e como elas influenciam o engajamento e a adesão a tratamento por parte dos pacientes.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir este estudo, é imperativo enfatizar que, diante da diversidade de estratégias existentes, o essencial é a personalização do plano de cuidados pelo enfermeiro e equipe. Isso implica em adaptar as abordagens para atender às necessidades singulares de cada paciente, e poder assegurar um tratamento eficaz e humanizado.

Os resultados individuais são de grande valia visto que cada paciente pode ter uma resposta a cada abordagem aplicada. Podemos refletir sobre a necessidade de mais estudos que abordem orientações em diferentes níveis de atenção, para que o cuidado seja contínuo e o paciente sinta-se seguro. Assim, o cuidado de enfermagem, em diferentes níveis de atenção, pode influenciar positivamente no autocuidado, estimulando a responsabilidade pela continuidade dos cuidados pós alta hospitalar.

Nesse sentido, podemos também compreender que a família, os serviços e os profissionais de saúde são integrantes vitais da rede de apoio e são importantes para o enfrentamento das limitações, fortalecendo a promoção do cuidado ancorado na prática humanizadora de acolhimento, na escuta sensível e no empoderamento do indivíduo para o autocuidado.

É também importante destacar que os estudos evidenciam a intervenção da enfermagem por meio de uma linguagem acessível, o que contribui para a qualificação da assistência prestada ao paciente com ostomia. Embora o presente estudo tenha sido um período limitado para estabelecer vínculos e considerar resultados mais robustos, os achados reafirmam a importância de elencar e registrar cuidados essenciais a esses pacientes, despertando novas possibilidades de pesquisa que incluem a temática a estratégias educativas ainda no pré-operatório. Sugere-se que a enfermagem possa prosseguir com a realização desses estudos dada a escassez de literatura sobre essa temática, uma vez que se enfatiza esses profissionais cruciais para a segurança do paciente.

Em suma, os resultados desta pesquisa indicam que, independentemente da estratégia adotada, houve uma baixa incidência de indivíduos que se sentiram genuinamente motivados e seguros para implementá-la. Essa constatação pode ser atribuída, possivelmente, ao período de tempo limitado disponibilizado para a adaptação e prática das estratégias propostas, como já comentado. Embora o tempo de implementação possa ter sido um fator restritivo, não se pode descartar que outros

elementos intrínsecos às estratégias ou ao contexto em que foram aplicadas possam ter influenciado essa percepção. Portanto, recomenda-se uma avaliação mais aprofundada das variáveis envolvidas para entender plenamente as dinâmicas que afetam a motivação e a segurança dos indivíduos em seu autocuidado para o desenvolvimento de novas estratégias.

ACOSTA, Aline Marques.; CÂMARA, Camila Engel; WEBER, Luciana Andressa Feil; FONTENELE, Raquel Malta. **Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios.** Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 12, n. 12, p. 3190-3197, dez. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231432/30756>>. Acesso em: 19 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>.

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PINTO, Ione Carvalho; WEBER, Luciana Andressa Feil. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio.** Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp): e20190155. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>. Acesso em 20 set.2021.

ALINIER, Guillaume. **Desenvolvendo cenários de simulação de cuidados de saúde de alta fidelidade: um guia para educadores e profissionais.** Simulação e jogos, v. 42, n. 1, pág. 26/09/2011. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1046878109355683> Acesso em: 20 set. 2021.

AMANTE, Lúcia Nazareth *et al.* **Low fidelity simulator for training in the care of intestinal stomas.** J Nurs UFPE on line. 2021; 15:245132. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245132>. Acesso em: 30 mai. 2024.

ANDRADE, João Marcus Oliveira *et al.* **Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(8), 3497–3504. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>. Acesso em: 30 mai. 2024.

ANDRADE, Cleine Almeida Oliveira.; FREITAS, Daniel de Melo.; COSTA Júlia Duarte.; COSTA, Simone de Melo. **Brazilian public policies and access to health services: bioethics reflection.** RENOME 2018;7(1):17-31. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1215>. Acesso em: 31 mai. 2024.

ARREGUY-SENA, Cristina *et al.* **Representações sociais de homens sobre autocuidado e pressão alta.** Ciênc. cuid. saúde, v. 20, e50063, 2021. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612021000100213&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612021000100213&lng=pt&nrm=iso)>. Epub 03-Set-2021. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.50063>. Acesso em 28 out.2023.

AROMATIS, E.; MUNN, Z. JBI. **Manual for evidence synthesis.** Adelaide: JBI; 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>. Acesso em: 31 mai. 2024.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de *et al.* **Intervenção educativa em homens com diabetes-mellitus: efeitos sobre comportamentos e perfil antropométrico.** Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2020, v. 33 [acessado 17 maio 2024], eAPE20190128. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0128>>. Acesso em: 31 mai. 2024.

BANDEIRA, D. **Material didático**: conceito, classificação geral e aspectos da elaboração. Curso de Materiais didáticos para smartphome e tablet. Curitiba: IESDE, 2009.

BARROS, E. J. L, *et al.* **Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas no cuidado de enfermagem complexo ao idoso estomizado**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n.1, p. 91-96, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X49WNkFwx7pFFCHyKqH7fVv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai.2024.

BARROS, Ana Paula Brandão.; PORTAS, Juliana Godoy.; QUEIJA, Débora dos Santos. **Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição**. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, v. 38, n. 3, p. 202-7, 2009. Disponível em: <https://www.fonovim.com.br/arquivos/e3ea46e68c92e587ac9cec2085b7f180-Implica---es-da-traqueostomia-na-comunica---o.pdf>. Acesso em: 31 mai.2024.

BIDINOTTO, Daniele Natália Pacharone Bertolini.; SIMONETTI Janete Pessuto.; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. **Men's health**: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2756. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0735.2756>. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem. Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. São Paulo (SP): COFEN, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wpcontent>. Acesso em: 17 out 2021.

BRAUN, V., &CLARKE, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3, 77-101.

BUIRET G., CHIDIAC F., PUJO K., COMBE C. **Comment concilier éducation thérapeutique des patients et parcours de soin en cancérologie**: application pour le voies aérodigestives supérieures. [How to reconcile therapeutic patient education and care pathology in oncology: Application in head and neck neoplasm]. Bull Cancer 2019; 106:468-478. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000745511930147X>. Acesso em: 31 mai. 2024.

CAMARGO, A.C. Câncer Center. Centro Diagnóstico, Tratamento, Ensino, Pesquisa. **Orientações para Pacientes Traqueostomia**. Disponível em:<<https://accamargo.org.br/sites/default/files/2020-08/manual-traqueostomia.pdf>>.Acesso em 24 abr.2023.

CARVALHO, Aline Priscila Rego de.; SANTOS, Taciana Mirella Batista dos.; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. **Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas**. Cogitare Enferm. 2012; 17(3): p. 485-491. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/29290-107155-1-PB.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

CERVERA, Diana Patrícia Patino.; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda.; GOULART, Bethania Ferreira. **Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG).** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1547-1554, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RdyTCQt4Nn9DtKVYgk6B98L/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

CHINIARA, Gilles et al. **Simulação em saúde: uma taxonomia e uma estrutura para designer instrucional e seleção de mídia**, *Professor Médico*, v.35, Edição 8, p.1380-1395, DOI: 10.3109/0142159X.2012.733451.2012.

CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo *et al.* **Educando pesquisadores qualitativos em saúde no Brasil: perspectivas discentes e docentes.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, p. e300412, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7FjDGg6G4LKYKthHcJVHtvD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

CONSELHOREGIONAL DE ENFERMAGEMDE SÃO PAULO. **Parecer Coren/SP Nº 019/2020.** Responsabilidades e condições no procedimento de alta hospitalar. Aprovado na Reunião da Câmara Técnica, em 28 de outubro de 2020. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Parecer-Coren-SP-019.2020-Alta-Hospitalar.pdf>. Acesso em 19 set 2022.

COUTO, Dálete *et al.* **Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na teoria de Dorothea Orem.** *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, v. 22, n. 1, p. 55-58, 2018. Disponível em [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180303\\_180442.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180303_180442.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

DA COSTA, Elaine Carininy Lopes *et al.* **Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados.** *Rev Enferm UFPE online*.2019; 13(1):169-78. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/238545/31148>. Acesso em: 31 mai. 2024.

FELIPE, Lorena Cabral; ARAÚJO, Aryele Rayana Antunes de; VITOR, Allyne Fortes. **Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 6, núm. 3, 2014, pp. 897-908 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623005.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.B.; COSTA, D.A.C. 2014. **Segurança do Paciente.** São Paulo, Martinari, 276 p.

FORMIGOSA JAS, COSTA LS, VASCONSELOS EV. **Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal.** *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./mar.; 10(1):180-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>. 2018.v10i1.180-189. Acesso em: 31 mai. 2024.

**Fórum de Diretrizes de Ventilação Mecânica 1.** Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013. São Paulo: AMIB; 2013.

FREITAS, Olga Cristina Rocha de. **Equipamentos e materiais didáticos.** 4. ed. atualizada e revisada. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso / Rede e-Tec Brasil, 2013. Disponível em: [http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/profuncionario/cadernos/disc\\_ft\\_ie\\_cad\\_15\\_equipamentos\\_e\\_materiais\\_didaticos.pdf](http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/profuncionario/cadernos/disc_ft_ie_cad_15_equipamentos_e_materiais_didaticos.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

GABA, D.M.A. **Visão futura da simulação nos cuidados de saúde.** Qualidade e Segurança do BMJ 2004; 13: i2-i10. Disponível em [https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl\\_1/i2.info](https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i2.info). Acesso em: 31 mai. 2024.

GALVÃO, Taís Freire.; PEREIRA, Mauricio Gomes. **Systematic reviews of the literature: steps for preparation.** Epidemiol Serv Saude. 2014;23(1):183-4. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>.

GHENO, Jocielle.; WEIS, Alísia Helena. **Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021; 30: e20210030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>.

GONÇALVES, Glória Cristina de Almeida. **Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto.** 2011. Tese de Mestrado (Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2010/ 2011,) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9367/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20definitiva.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

GONÇALVES LC, ASSIS TV, AMORIM ADGF, FERREIRA ACVV, FARÃO EMD, PAIVA ACPC. **Use of educational technologies in the context of diabetes mellitus the repercussions on self-care: an integrative review.** 2022;12(75):10237-50. [https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i7\\_5p10237-10250](https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i7_5p10237-10250). Acesso em: 31 mai. 2024.

GONÇALVES, R; COUTINHO, V; LOBÃO, C. **Simulação e desenvolvimento de competências: A simulação no ensino de enfermagem.** Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2014. p. 125-133. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/A\\_simula%C3%A7%C3%A3o\\_no\\_ensino\\_de\\_Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/A_simula%C3%A7%C3%A3o_no_ensino_de_Enfermagem.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

HANNICKEL, S.; ZAGO, M. M. F.; BARBEIRA, C. B. dos S.; SAWADA, N. O. **O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal.** Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 48, n. 3, p. 333–339, 2002. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n3.2179. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2179>. Acesso em: 18 maio. 2024.

**Hospital Amaral Carvalho.** Indicadores. Dados de 2020. Disponível em: <<https://amaralcarvalho.org.br/fundacao/indicadores>> Acesso em: 01/10/2021.

INTERNATIONAL NURSING ASSOCIATION FOR CLINICAL SIMULATION AND LEARNING-INACLS. **INACSL standards of best practice:** Simulation SM Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, v. 12, p. S5–S12, 2016. Suppl. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>. Acesso em: 31 mai. 2024.

JACINTO, Marco António Polido. **Ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação nas pessoas em cuidados intensivos com alterações do foro respiratório, com base num modelo de autocuidado.** Tese de mestrado. 2019. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28852/1/Relat%c3%b3rio de Est%c3%a1gio%20-%20MarcoJacinto\\_n%c2%ba170531010.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28852/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20-%20MarcoJacinto_n%c2%ba170531010.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

JUSTINO, E.T.; PRZENYCZA, R.A.; KALINKE, L.P.; CAMPOS, O DE. História da especialização em enfermagem oncológica modalidade residência no Hospital Erasto Gaertner. *Ciência Cuidado Saúde*. 2010; 9(1):167-172

LANGDON, Esther Jean.; WLIK, Flávio Braune. **Anthropology, health and illness:** an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010 18(3), maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhvwjTB/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva *et al.* **Care transition strategies in Latin American countries:** an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, n. Rev. Gaúcha Enferm., 2018 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

LIMA, Sara Fiterman; JUNIOR, Aurean D'Eça; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; JUNIOR, Gerson Alves Pereira. **Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas.** Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas. Editora cubo, 2021.p 53-81.

LINN Amanda Chlalup.; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino.; SOUZA, Emiliane Nogueira de. **Clinical simulation in nursing education in intensive therapy:** an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):1061-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GnwQB56RLVZmhqdDkwQFRrL/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>.

LUZ, Alyne Leal de Alencar.; SILVA, Grazielle Roberta Freitas da.; LUZ, Maria Helena Barros Araújo. **Teoria de Dorothea Orem:** uma análise da sua aplicabilidade na assistência a pacientes estomizados. *Revista de Enfermagem UFPI*, 2(1): 67-70,

2013. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7892/1/2013\\_art\\_grfsilva3.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7892/1/2013_art_grfsilva3.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

MACIEL, Eloísa Alexandra. **O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado**: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de mestrado. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9453/1/O%20potencial%20de%20reconstru%c3%a7%c3%a3o%20da%20autonomia%20no%20autocuidado%2c%20estudo%20explorat%c3%b3rio....pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

MARSICO, Paula dos Santos.; MARSICO, Giovanni Antonio. **Traqueostomia**. Revista Pulmão RJ, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n.1- 2, p. 24-32, 2010. Disponível em: [https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj\\_redesign\\_2017/revista/2010/n\\_01-02/06.pdf](https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj_redesign_2017/revista/2010/n_01-02/06.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

MEDEIROS, Gisele Chagas de *et al.* **Crítérios para decanulação da traqueostomia**: revisão de literatura. CoDAS, v. 31, n. CoDAS, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/9dBvvJRFtqxStxFz6hyzkx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

MINAYO, M. C. S. **Técnicas de pesquisa**: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MOREIRA, J. L. S. **Enfermeiros no cuidado de idosos com estomas de eliminação**: estratégias educativas realizadas no pré-operatório e o impacto no autocuidado. Monografia (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020. Acesso em: 28 maio 2024.

MORES, Paula Costa *et al.* **Percepção do autocuidado por homens com derivações urinárias permanentes**: desafios para a prática de enfermagem. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2020; 28: e55018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/55018/36526>. Acesso em: 31 mai. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.55018>.

MOTA, Marina Soares. **O processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado ao autocuidado**. Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 115p. 2014.

MOURAD Ouzzani, HOSSAM Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. **Rayyan** — a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016- 0384-4. Acesso em: 31 mai. 2024.

MUNN, Z.; TUFANARU, C.; AROMATARIS, E. “**JBIs systematic reviews: data extraction and synthesis.**”. *American Journal of Nursing*, v.114(7). 49-54, julho de 2014. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000451683.66447.89. Acesso em: 01 out.2021.

NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; GOMES, Romeu. **Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 1556-1564, 2008.

NEIVA, Renata Otoni.; NOGUEIRA, Márcio Correa.; PEREIRA, Adriana Jimenez. **Preoperative nursing consultation and self- care of cancer patients with respiratory ostomy.** *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/914>. Acesso em: 25 jan. 2022.

NOORDENDE AT, PEREIRA ZBS, Kuipers P. **Key sources of strength and resilience for persons receiving services for Hansen’s disease (leprosy) in Porto Velho, Brazil: What can we learn for service development?** *International Health [Internet]*. 2021. Acesso em 25 mai. 2024. 13: 527–535. DOI:10.1093/inthealth/ihab001.

OLIVEIRA, Glória Yanne Martins de *et al.* **Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa.** *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691>. Acesso em: 31 mai. 2024.

OREM DE. **Nursing: concepts of practice.** Georgia: Mosby; 1995

PAES, Débora Cristina Zatoni *et al.* **Sugestões de orientações para alta de crianças no pós- transplante de células-tronco hematopoiéticas.** *Cogitare Enfermagem, [S.l.]*, v. 22, n. 4, nov. 2017. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50265>>. Acesso em: 25 jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50265>.

PAGE, M.J. *et al.* **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.** *BMJ*. 2021;372(71): n71. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>. PMID:33782057. Acesso em: 31 mai. 2024.

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. **O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado.** *Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.]*, v. 48, n. 1, p. 49–56, 2002. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n1.2264. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2264>. Acesso em: 18 maio. 2024.

PEREIRA DA SILVA, A.; FELICIANO, T.; VAZ FREITAS, S; ALMEIDA E SOUZA C. **Quality of life in patients submitted to total laryngectomy.** *J Voice*. 2015;29(3):382–388. DOI: 10.1016/j.jvoice.2014.09.002. Acesso em: 31 mai. 2024.

PETERS MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. **Scoping reviews (2020 version).** In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIs manual for evidence*

synthesis. Adelaide: JBI; 2020. Chapter 11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>. Acesso em: 31 mai. 2024.

PITZER, Monique Brito.; FLORES, Paula Vanessa Peclat. V. P.; DIAS, Ágatha Cappella. **Dificuldades vivenciadas pelo paciente e cuidador no pós-operatório de traqueostomia.** Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, [S. l.], v. 12, n. 39, p. 76–86, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.39.76-86. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/685>. Acesso em: 22 out. 2023.

PRICE B. **Body image: nursing concepts and care.** London: Prentice Hall; 1990.

PRIMO, K.S.; VIEIRA CAMPOS, M. A.; GUALBERTO SOARES, L.; HENRIQUE CORDEIRO, J. C.; VIEIRA PEREIRA, E.; CASTELO BRANCO CAVALCANTE DE MENESES, J.; LUSTOZA XAVIER, S. P. **Tecnologias Educacionais para promoção do Autocuidado em Pacientes com Câncer de Próstata: Revisão Integrativa.** Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 97, n. 4, p. e023197, 2023. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1800>. Acesso em: 12 mai. 2024

QUEIRÓS, Sílvia Maria Moreira.; SANTOS, Célia Samarina Vilaça de Brito, BRITO, Maria Alice Correia de, PINTO, Igor Emanuel Soares. **Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação.** Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 14, 2017. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388255675008>>. Acesso em: 31 mai. 2024.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; FILHO, António José de Almeida. **Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem.** Revista de Enfermagem Referência, v. 4, n. 3, p. 157-164, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

QUEIROZ, Naiana Mara Santos de. *et al.*; **O som do silêncio: vivência de pacientes traqueostomizados.** Revista Contemporânea, [S. l.], v. 3, n. 07, p. 8413–8429, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N7-055. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/905>. Acesso em: 22 out. 2023

RICARDO, E. V.; DOS SANTOS, C. M.; PALERMO, T. A. DE C. **Imagem corporal e autoestima entre pacientes com ostomias intestinais.** Biológicas & Saúde, v. 8, n. 28, 20 dez. 2018. Disponível em: [https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas\\_e\\_saude/article/view/1643/1311](https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/1643/1311). Acesso em: 31 mai. 2024.

RICZ, Hilton Marcos Alves.; FILHO, Francisco Veríssimo de Mello; FREITAS, Luiz Carlos Conti de; MAMEDE, Rui Celso Martins. **Traqueostomia.** Medicina (Ribeirão Preto), [S. l.], v. 44, n. 1, p. 63-69, 2011. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v44i1p63-69.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47337>. Acesso em: 30 jan. 2023.

RIBEIRO MVG, Ferreira ARO, Chaves BC, Machado RS, Machado MF, Silva DTR. **Educação em saúde no leito hospitalar para paciente oncológico ostomizado**. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):612-618. Acesso em: 31 mai. 2024.

RIBEIRO, Wanderson Alves; ANDRADE, Marilda. **Perspectiva do paciente estomizado intestinal frente a implementação do autocuidado**. Revista Pró-UniverSUS, v. 11, n. 1, p. 6-13, 2020. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2214/1386>. Acesso em: 31 mai. 2024.

RODRIGUES FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. **Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus**. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):284-90. Acesso em: 31 mai. 2024.

RODRIGUES M.T.P., Mendes S.J.A.C. **Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica**. Rev Bras Enferm. 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/Enfermeiro professor um dialogo com a formacao \\_ped.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Enfermeiro%20professor%20um%20dialogo%20com%20a%20formacao%20ped.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

ROJAS, P. R. A. **Estratégia educativa sobre o tema: promoção da saúde e prevenção de parasitismo intestinal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Nova Canaã, BA, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3446>. Acesso em: 28 maio 2024.

SÁ JS, SANTANA MDO, SANTOS MG, BENEDITO JCS, TESTON EF. **Educational technologies used to promote self-care for people with diabetes mellitus: integrative review**. Rev Bras Enferm. 2023;76(Suppl 4): e20230049. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0049pt>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SALES, C.A.; VIOLIN, M.R.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCOM, S.S.; SILVA, M.AP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. Rev. Esc. Enf. USP: 44(1), 221-227, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em 28 de junho de 2018

SANTOS, Maria Eduarda Morais *et al.* **Capacidade de autocuidado de pacientes em tratamento quimioterápico**. 2022. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/3497/1/ARTIGO%20TCC%20-%20original.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SANTOS, Eduarda Borges dos.; COLACITE, Jean. **Avaliação epidemiológica do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: mortalidade e fatores de risco regionais**. Saúde e Pesq. 2022;15(3): e-9359. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n3.e9359>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SATO, Daniela Miyuki. *et al.* **Preparando cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção**

Domiciliar. vermelho, v. 8, p. 11 de 2022. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/78658/226412>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SILVA, Elisabeth Soares Pereira da *et al.* **Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem à mulher mastectomizada.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 6, p. 39740-39750, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12051/10145>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SILVA, Rogério Rodrigues *et al.* **As teorias de enfermagem de Roy e Orem Intrínsecas à sistematização da assistência de enfermagem para promoção da saúde.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, pág. 52049–52059, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n7-741. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14001>. Acesso em: 19 set. 2022.

SILVA, S.E.D; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M.I. **A teoria das representações sociais nas pesquisas da Enfermagem Brasileira.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 5.p. 947-951, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tbBQhKNdxBY7jGGLTQC3QtH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SILVA, Grasiela Garrett da; CARCERERI, Daniela Lemos; AMANTE, Cláudio José. **Estudo qualitativo sobre um programa de educação em saúde bucal.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, p. 7- 13, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/BjDSbRrZM944zGhvrCCkcxT/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SILVA, Kênia Lara.; SENA, Roseni Rosângela de.; CASTRO, Wesley Souza. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, Revista Gaúcha de Enfermagem., 2017 38(4), 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SILVA-RODRIGUES, F.M *et al.* **Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia.** Rev Gaúcha Enferm. 2019;40: e20180238. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 31 mai. 2024.

SILVA, N. de O.; VASCONCELOS, A. O. B.; GARCIA, G. T.; CARVALHO, L. E. W. de. **Relato de experiência acerca da produção de cartilha sobre a prática de exercício físico por pacientes com câncer.** Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, [s.l.], v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/736/version/627>. Acesso em: 27 maio 2024. DOI: <https://doi.org/10.36692/v13n2-04>

SOARES, Tamires de Nazaré *et al.* **Vivência do familiar na qualidade de cuidador responsável pela diálise peritoneal domiciliar: baseado na teoria do autocuidado** Revista Brasileira de Desenvolvimento, [S. eu.], v. 6, n. 10, pág. 76809–76827, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-200. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18031>. Acesso em: 3 fev. 2022.

SOUZA, Luciana Karine de. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática**. Arq. Bras. Psicol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>. Acesso em: 31 mai. 2024.

TEMPERLY, Kassio Silva et al. **Desenvolvimento e validação de um simulador de traqueostomia de baixo custo**. Scientia medica, [S. l.], v. 28, n. 1, p. ID28845, 2018. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.1.28845. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/scientiamedica/article/view/28845>. Acesso em: 05 jan. 2023.

TRICCO, A.C. *et al.* **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-Scr): checklist and explanation**. Ann Intern Med, 2018. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>. Acesso em: 31 mai. 2024.

TUN, Jimmy Kyaw *et al.* **Redefining Simulation Fidelity for Healthcare Education**. Simulation & Gaming, Newbury Park, v. 46, n. 2, p. 159-174. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1046878115576103>. Acesso em: 31 mai. 2024.

VALE, Jamil Michel Miranda *et al.* **Autocuidado do cuidador de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares**. Belém: Revista de Enfermagem UFPE online, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235923/32473>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

VENTURA, C. A. A. **Ética e Simulação Em Enfermagem**. In: MARTINS, J. C. A., *et al.* A Simulação No Ensino De Enfermagem. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. p. 29-38. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/A\\_simula%C3%A7%C3%A3o\\_no\\_ensino\\_de\\_Enfermagem%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/A_simula%C3%A7%C3%A3o_no_ensino_de_Enfermagem%20(3).pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

VIANNA, A.; PALAZZO, R. F.; ARAGON, C. **Traqueostomia: uma revisão atualizada**. Pulmão RJ, v. 20, n. 3, p. 39-42, 2011. Disponível em: [https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj\\_redesign\\_2017/revista/2011/n\\_03/09.pdf](https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj_redesign_2017/revista/2011/n_03/09.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. DE O.; ARAUJO, T. L. DE. **Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 14, n. 3, p. 611-616, jul. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6Trx8czzJ6PPBvPMtjFQHMh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mai. 2024.

WANG, Tongyao *et al.* **Development of a pictorial patient education handout on tracheostomy care:** a mixed-method study. *Western Journal of Nursing Research*, v. 45, n. 2, p. 144-151, 2023. DOI:10.1177/01939459221109813. Acesso em: 31 mai. 2024.

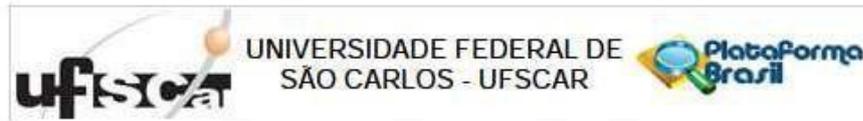
WEBER, Luciana Andressa Feil *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, [s.l.], v. 22, n. 3, p.1- 2, 28 jul. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173925/001061397.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 mai. 2024.

WEIDLICH, Sandra; PFEIFFER, Jeans; KUGLER, Christiane. **Self-management of patients with tracheostomy in the home setting:** a scoping review. *J Patient Rep Outcomes*. 2023; 12;7(1):101. DOI: 10.1186/s41687-023-00643-2. Acesso em: 31 mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft global patiente safety action plan 2021-2030:** towards eliminating avoidable harm in health care. WHO,2021. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5). Acesso em: 17 out.2021.

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado ao CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Simulação de baixa fidelidade para treino de habilidades no autocuidado: experiências de pacientes traqueostomizados

**Pesquisador:** MAISA GUERMANDI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67382923.5.0000.5504

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCAR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.946.836

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2084702.pdf, de 16/02/2023) e/ou do Projeto Detalhado. RESUMO: Objetivo: explorar a compreensão do cliente traqueostomizado após capacitação e as diferenças entre os tipos de abordagem educativa, simulação de baixa fidelidade para o treino simulado de habilidades e a orientação oral com folder educativo. Método: estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que acontecerá em três etapas: uma orientação com aula expositiva e dialogada, capacitação do cliente para o autocuidado e por último, a entrevista semi estruturada que resultará ao objetivo inicial. O instrumento da coleta de dados será por uma entrevista semi estruturada, que acontecerá no Hospital Amaral Carvalho (HAC), em Jau, no período de abril- outubro 2023. METODOLOGIA: Estudo do tipo descritivo-exploratório, utilizando a abordagem qualitativa, o qual pretende analisar a percepção dos pacientes traqueostomizados sobre o treino simulado de habilidades no seu processo de desospitalização. A população do estudo será composta por pacientes, em tratamento no Hospital Amaral Carvalho (HAC), que serão submetidos ao procedimento de traqueostomia durante o período de coleta de dados e que estejam com indicação de alta hospitalar. Esse grupo será abordado pela pesquisadora a participarem voluntariamente da pesquisa. Pretende-se desenvolver esse estudo entre abril e julho de 2023. Os participantes serão divididos por randomização em

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

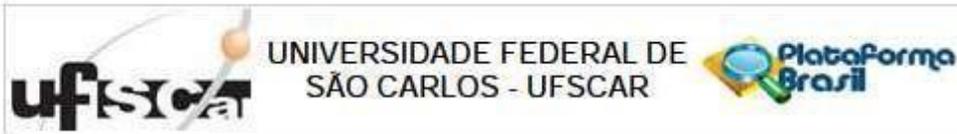
**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.946.836

dois grupos, sendo o (Grupo folder) pacientes que irão receber capacitação tradicional (utilização de folder impresso) já realizada na Instituição, durante sua permanência hospitalar. Enquanto o segundo grupo (Grupo treino de habilidades) será composto por pacientes traqueostomizados que irão participar do treino de habilidades simuladas. Ambos participarão de uma aula expositiva dialogada antes da randomização. A amostra final será composta por aqueles que aceitarem participar de todas as fases do estudo. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Paciente ser traqueostomizado no hospital, com retorno para consulta ambulatorial na unidade. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Paciente possuir idade inferior a 18 anos; Paciente ser traqueostomizado, mas apresentar déficits cognitivos ou motores, sendo impossibilitado de realizar o autocuidado; Paciente ser traqueostomizados afásicos (laringectomizado total).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a percepção dos pacientes traqueostomizados em relação a simulação de baixa fidelidade para o treino simulado de habilidades e a orientação oral com folder educativo sobre autocuidado, durante o seu processo de desospitalização.

Objetivo Secundário: Mapear na literatura quais as estratégias utilizadas pela equipe de saúde para o ensino de pacientes traqueostomizados em desospitalização; Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes traqueostomizados em desospitalização e Desenvolver uma simulação de baixa fidelidade para o treino simulado de habilidades sobre o autocuidado do paciente traqueostomizado em desospitalização.

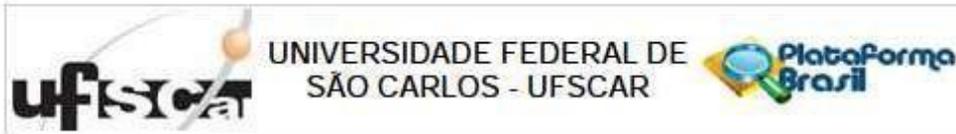
#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos e/ou desconfortos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Dessa forma, o pesquisador deve fazer o exercício da alteridade colocando-se no lugar do sujeito participante para detectar possíveis riscos/desconfortos, que podem ser físicos, morais ou psicológicos.

Neste sentido os pesquisadores afirmam que o participante poderá se sentir ansioso(a), algum desconforto ou constrangimento devido a dúvidas que podem surgir durante a aula expositiva, durante o treinamento ou na entrevista.

Entretanto haverá como benefício direto a possibilidade de esclarecer dúvidas com o seu autocuidado, de treinar práticas do seu autocuidado quantas vezes achar necessário com equipamentos através da prática simulada. E como benefício indireto a diminuição de riscos em relação a complicações com a traqueostomia após a alta hospitalar.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.946.836

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

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

O projeto atende todas questões éticas em pesquisas com seres humanos e, portanto, indica sua aprovação.

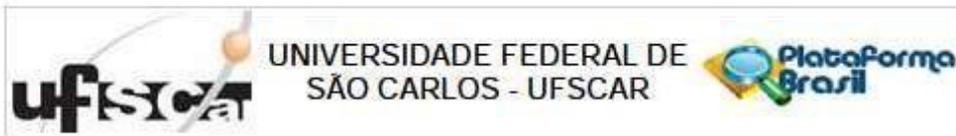
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2084702.pdf	16/02/2023 10:48:39		Aceito
Orçamento	Orçamento_do_projeto.pdf	16/02/2023 10:43:43	MAISA GUERMANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_de_pesquisa.pdf	13/02/2023 20:17:31	MAISA GUERMANDI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.946.836

Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	13/02/2023 20:17:31	MAISA GUERMANDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	13/02/2023 08:21:09	MAISA GUERMANDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/02/2023 08:09:06	MAISA GUERMANDI	Aceito
Cronograma	Cronograma_plano_de_trabalho.pdf	13/02/2023 08:08:47	MAISA GUERMANDI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/02/2023 08:07:59	MAISA GUERMANDI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 15 de Março de 2023

---

**Assinado por:**  
**Sonia Regina Zerbetto**  
 (Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br

## ANEXO B – Folder “Informativo do paciente Cânula de Traqueostomia”

### DIFICULDADES COM A CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:

- Entupimento da cânula por acúmulo de secreções, caso aconteça, estimular a tosse e realizar inalação, caso não consiga desobstruir chamar o serviço de urgência;
- Saída acidental da cânula. Neste caso, tentar colocar novamente e de preferência uma cânula nova e limpa. Se encontrar resistência, chamar o serviço de urgência;
- Sensação de falta de ar. Nestes casos realize inalação e higiene da sub cânula (intermediário). Se ainda assim o paciente não melhorar, chamar o serviço de urgência.

**ATENÇÃO:**  
Antes de qualquer manipulação na traqueostomia realizar higienização das mãos!

Higienizar as mãos com álcool em gel antes e após a manipulação do paciente

**1** Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



Cleanse a palma da mão com o gel no pulso da mão.



Esfregue o dorso da mão.



Esfregue a palma da mão.



Esfregue os dedos entre si.



Esfregue o polegar com as outras mãos.



Esfregue o punho com a palma da outra mão.



Esfregue o dorso da mão com a palma da outra mão.



Esfregue a palma da mão com o dorso da outra mão.



Esfregue os dedos entre si.



Esfregue o polegar com as outras mãos.



Esfregue o punho com a palma da outra mão.

Higienizar as mãos com água e sabão antes e após a manipulação do paciente

**2** Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



Umideça as mãos com água.



Esfregue com sabão.



Esfregue as palmas das mãos, esfregue entre si.



Esfregue a palma da mão direita contra as costas da mão esquerda e vice-versa.



Esfregue entre os dedos.



Esfregue os polegares com as outras mãos.



Esfregue o punho esquerdo com o punho da palma da mão direita e vice-versa.



Esfregue as costas das mãos e punhos da mão direita contra a palma da mão esquerda, mantendo um movimento circular e vibrante.



Esfregue bem as mãos com água.



Seque as mãos.



Fecha a torneira.



Seque as mãos completamente.

**Hospital Amarel Carvalho**  
Rua Dona Silvéria, 150 / Chácara Braz Miraglia  
Jaú/SP (14) 3602.1200



**Informativo do paciente CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**



HOSPITAL AMARAL CARVALHO

Fundação Amarel Carvalho

### **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: CUIDADO DOMICILIAR**

Mesmo com todas as orientações, quando estiver fora da área hospitalar, você poderá nos procurar para resolver problemas relacionados ao tratamento. Mas é importante que você e seus familiares/cuidadores aprendam o cuidado básico com a traqueostomia para que, com o tempo, você possa voltar a se tornar cada vez mais independente.



### **O QUE É A TRAQUEOSTOMIA?**

É uma pequena abertura na parte da frente do pescoço que permite a entrada do ar até aos pulmões, sem interrupção. Pode ser definitiva (para o resto da vida) ou provisória (por algum tempo), dependendo da indicação.

### **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**

É um tubo plástico ou metálico desenvolvido para auxiliar na respiração, após o procedimento da traqueostomia é por esse tubo que o ar entra e sai dos pulmões.

### **Partes da cânula:**

Ela é dividida em duas partes: a cânula e a sub cânula (intermediário). É muito importante mantê-las sempre limpas e livres de obstrução, assim evita bloqueio na passagem do ar, acúmulo de secreção e mau cheiro.



### **CUIDADOS COM A TRAQUEOSTOMIA**

Para o bom funcionamento da cânula e a limpeza correta da mesma, você precisa seguir alguns cuidados básicos de higiene diária:

1. Lave as mãos;
2. Retire a sub cânula (intermediário);
3. Lave a sub cânula (intermediário), basta retirar com cuidado para não sair o conjunto todo, lavar bastante esta parte de dentro com água corrente limpa e sabão neutro, deixar de molho em água limpa caso a sujeira não saia. Assim que terminar a limpeza, seque bem e reintroduza essa cânula interna e travar;
4. Realize limpeza da pele ao redor da cânula e do seu pescoço, utilizando uma toalha limpa umedecida com água e sabão;

5. Trocar a gaze que protege a pele ao redor da abertura (estoma - orifício onde a cânula entra na pele);

2. Lave as mãos novamente;

3. Realize esse cuidado 5 vezes ao dia ou sempre que necessário;

### **PROTETOR DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**

É recomendado para evitar poeira e insetos, o acessório é utilizado ao redor do pescoço para cobrir a cânula, tomando cuidado para manter a troca de ar.



### **DURANTE O BANHO**

Utilize um chuveirinho para te auxiliar;

Cuidado para não entrar água pelo orifício da traqueostomia.



## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Formulário de caracterização biográfica e profissional

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_

**Escolaridade:** ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior

**Etnia:** ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena

**Estado Civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo

**Cidade em que mora:**

---

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Localização da**

**residência:** ( ) Urbana ( ) Rural

**Profissão atual:**

---

**Religião:**

---

**Com quem vive:** ( ) Com cônjuge/companheiro ( ) Com família restrita (marido/esposa e filhos) ( ) Com família alargada (filhos, pais, sogros, etc.) Outro: \_\_\_\_\_

**Tipo de Traqueostomia:** ( ) Temporária ( ) Definitiva

**Tipo de admissão para a Traqueostomia:** ( ) Urgência ( ) Programada

**Doenças pré-existentes que levaram à cirurgia:** ( ) Carcinoma ( ) DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) Outra:

---

**Hábitos:** ( ) Tabagismo ( ) Etilismo

## **APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada**

**Perguntas a serem realizadas antes da aula expositiva, treinamento de habilidades ou entrega do folder explicativo:** *“Pensando que você fará o seu autocuidado com a traqueostomia, como você se sente no seu processo de alta hospitalar?”*

**Pergunta a ser realizada no dia do retorno do paciente a unidade hospitalar:**

Paciente que participou da aula expositiva e do treinamento de habilidades: *“Como foi para você participar da aula expositiva e dos treinamentos de habilidades para o autocuidado com a traqueostomia, durante seu processo de alta hospitalar?”*

Paciente que participou da aula expositiva e recebeu o folder explicativo: *“Como foi para você participar da aula expositiva e receber o folder explicativo para o autocuidado com a traqueostomia, durante o seu processo de alta hospitalar?”*

**Pergunta a ser realizada ao final do treino de habilidades ou do folder explicativo:**

Paciente que participou da aula expositiva e do treinamento de habilidades: *“Como foi para você participar da aula expositiva e dos treinamentos de habilidades para o autocuidado com a traqueostomia, durante seu processo de alta hospitalar?”*

Paciente que participou da aula expositiva e recebeu o folder explicativo: *“Como foi para você participar da aula expositiva e receber o folder explicativo para o autocuidado com a traqueostomia, durante o seu processo de alta hospitalar?”*

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Resolução CNS 510/2016)**

**Estratégias educativas para o autocuidado: percepções de pacientes traqueostomizados.**

Eu, Maísa Guermandi, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o (a) convido a participar da pesquisa "Estratégias educativas para o autocuidado: percepções de pacientes traqueostomizados" orientada pela Profa. Dra. Fernanda Berchelli Girão. O objetivo principal desta pesquisa consiste em analisar a percepção de pacientes traqueostomizados em relação às estratégias educativas para o autocuidado. O(a) senhor(a) foi selecionado(a) para participar desse estudo devido possuir traqueostomia e fazer acompanhamento com a equipe multidisciplinar do Hospital Amaral Carvalho, na cidade de Jaú, onde o estudo será realizado.

Primeiramente você será convidado a participar e após o preenchimento deste termo e do formulário de caracterização biográfica e profissional, iremos para o primeiro encontro, em uma sala privativa, e daí iniciaremos com a nossa primeira entrevista, sobre a sua impressão de ter que realizar o seu autocuidado com a traqueostomia, no seu processo de alta hospitalar. Essa fala será gravada, e lhe será permitido ouvi-la, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar, possibilitando fazer alterações. As gravações de áudio decorrentes da entrevista, serão armazenadas no computador da pesquisadora e após a fase da análise das falas, a pesquisadora apagará do seu computador todas as gravações de áudio. Após, realizarei um sorteio, para saber se Sr.(a) fará parte de um grupo que receberá um treinamento para desenvolver habilidades no autocuidado da sua traqueostomia ou receberá um panfleto de papel com as informações sobre o seu autocuidado. Caso o

Sr (a) faça parte do grupo que realizará o treinamento de habilidades, será convidado a participar do treinamento logo após o primeiro encontro e se o Sr(a) fizer parte do grupo que receberá o panfleto, este lhe será entregue juntamente com uma explicação verbal sobre o seu autocuidado.

O segundo encontro acontecerá na data de seu retorno ao hospital, conforme agendamento da equipe após o processo de alta hospitalar. Nesse encontro, será realizado uma segunda com algumas perguntas sobre a capacitação sobre o autocuidado com a traqueostomia que o Sr(a) recebeu. Essa entrevista também será gravada, e lhe será permitido ouvi-la, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar, possibilitando fazer alterações. As gravações de áudio decorrentes da entrevista, serão armazenadas no computador da pesquisadora e após a fase da análise das falas, a pesquisadora apagará do seu computador todas as gravações de áudio.

Durante todas essas etapas da capacitação, solicito também a autorização de fotos para usá-las na pesquisa de modo que sejam devidamente cuidadas (camufladas ou escondidas), para que não seja possível a sua identificação.

Sua participação lhe trará como benefício direto a possibilidade de esclarecer dúvidas com o seu autocuidado, de treinar práticas do seu autocuidado quantas vezes achar necessário com equipamentos através da prática simulada. E como benefício indireto a diminuição de riscos em relação a complicações com a traqueostomia após a alta hospitalar.

Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como o participante poderá se sentir ansioso(a), algum desconforto ou constrangimento devido a dúvidas que podem surgir durante a aula expositiva, durante o treinamento ou na entrevista. Diante dessas situações, serão garantidos ambientes que assegurem a sua privacidade, será garantida às pausas durante a aula expositiva ou treinamento de habilidades para esclarecer suas dúvidas, expor sua opinião, durante as entrevistas a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que essa pesquisa se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento de alguma das etapas por qualquer fator descrito acima, a

pesquisadora irá orientá-lo(a) sobre outras formas de capacitações oferecidas pela unidade hospitalar e não vinculadas à pesquisa.

Serão garantidos o anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa. As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. O(A) Sr.(a) não terá qualquer tipo de despesa e não receberá alguma vantagem financeira para a participação nesta pesquisa.

A sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) terá liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. O(A) senhor(a) terá o direito de se expressar livremente, com a garantia de que nenhuma informação será usada contra você ou para outro fim que não seja a pesquisa e a produção de conhecimento. Ressalto, que o seu atendimento não será prejudicado com a recusa em participar do estudo. O Sr (a) poderá contatar as pesquisadoras pessoalmente durante a capacitação, também poderá entrar em contato por telefone e/ou por e-mail para que sejam esclarecidas suas dúvidas e/ou para que você possa desistir de participar do estudo. Você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa por eventuais danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa.

Os resultados do estudo serão divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar, o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado que seu nome não será divulgado, ficando sob minha responsabilidade. O(a) senhor(a) receberá impressa uma via assinada e rubricada deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo

seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30. O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3o andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Obrigada pela colaboração,

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana)**

**Solicitamos o seu consentimento e agradecemos a sua participação.**

**Dados para contato:**

<p><b>Maisa Guermandi</b>          Programa de Pós Graduação PPGEnf - UFSCar.          Rodovia Washington Luís, Km 235 Monjolinho,          São Carlos, SP- CEP 13565905          E-mail: guermandimaisa@gmail.com          Contato telefônico: (14) 98117-0794</p>	<p><b>Profa. Dra. Fernanda Berchelli Girão</b>          Departamento de Enfermagem da UFSCar.          Programa de Pós Graduação PPGEnf - UFSCar.          Rodovia Washington Luís, Km 235          Monjolinho, São Carlos, SP- CEP 13565905</p>
---	--

	E-mail: fernanda.berchelli@ufscar.br
--	--------------------------------------

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Jaú, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Maísa Guermandi

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

## **APÊNDICE D – Roteiro para o treinamento de habilidades dos pacientes traqueostomizados**

1- O facilitador irá orientar o paciente que a lavagem das mãos deve ser realizada antes de qualquer procedimento, como na manipulação dos materiais, antes e depois do contato com a traqueostomia.

2- O facilitador continuará com alguns os pontos importantes sobre o cuidado do paciente com a traqueostomia, já abordados na aula expositiva dialogada como:

- O que é a traqueostomia.
- A posição do paciente, para a higienização da cânula e da pele ao redor, deve ser de 90° (ou em pé) para que seja evitado certas complicações.

3- O facilitador orienta que o paciente deve desinfetar o conjunto de cânula, sempre que for trocado o kit. Para isto, deve ser retirado o cadarço antigo, lavar o material ou jogá-lo fora, se estiver muito prejudicado; colocar o conjunto de cânula de molho em água e sabão por alguns minutos. Use sempre o mesmo recipiente para isso; depois que as secreções estiverem amolecidas, esfregue bem a cânula e a subcânula (intermediário) por dentro e por fora, usando uma esponja ou uma tira de tecido com sabão; enxagüe com água corrente para tirar todo o resíduo; ferva o conjunto completo em água fervente por 10 minutos, no mínimo e após, guardar em recipiente com tampa (também esterilizado ou bem desinfetado com álcool). Este recipiente deve ser utilizado apenas para a cânula.

4- O facilitador orienta o paciente que mantenha uma boa higiene na área ao redor da traqueostomia, limpando-a cuidadosamente, com gazes e/ou cotonetes umedecidos com água morna, sem deixar que ela escorra para dentro da abertura do pescoço, retirando toda a sujidade

5- O facilitador orienta ao paciente que utilize uma gaze dobrada entre a cânula e a pele do pescoço, a fim de que o metal não incomode a pele ao redor do traqueostomia.

6-O facilitador orienta ao paciente que a subcânula (ou intermediário) deve ser higienizada frequentemente durante o dia pois podem acumular secreções e dificultar a passagem de ar. Obs: a limpeza deve ser feita, se possível, antes da alimentação, pois poderão ocorrer acessos de tosse durante a retirada e colocação da cânula interna. Realize a limpeza com água corrente, usando detergente neutro e escova fina ou uma pinça e gaze para retirar toda a secreção acumulada.

7- O facilitador orienta ao paciente que procure o setor de emergência se ocorrer:

- Saída total ou parcial da cânula externa;
- Dificuldade para retirar ou colocar a cânula interna durante a limpeza;
- Problemas ou danos na cânula;
- Febre ou calafrios;
- Dor que não melhora com a medicação receitada pelo médico;
- Dificuldade para respirar;
- Secreção muito grossa dificultando a respiração;
- Aumento considerável na quantidade de secreção;
- Cheiro forte e desagradável nas secreções;
- Saída de saliva, alimentos ou líquidos ao redor ou pela traqueostomia (nesse caso, parar de se alimentar por boca e não beber líquidos até comparecer à emergência);
- Engasgo ou tosse durante a alimentação ou ingestão de líquidos;
- Saída de sangue pela traqueostomia;
- Inchaço do pescoço e face após a alta hospitalar;
- Vermelhidão intensa ou danos na pele na região da traqueostomia.

**APÊNDICE E – Check list roteiro para treinamento de habilidades de pacientes traqueostomizados**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Indicadores de avaliação		Não realizou	Satisfatório	Insatisfatório
1	O paciente demonstra ter clareza da importância da realização da higiene das mãos antes e depois do contato com os materiais?			
2	O paciente demonstra entender como se posicionar para a manipulação e cuidados com a cânula?			
3	O paciente demonstrou compreender o que é a traqueostomia?			
4	O paciente compreendeu que o kit de cânula retirado deve ser sempre desinfetado, e como deve ser feito isso?			
5	O paciente compreende importância de manter uma boa higiene e sempre colocar uma nova gaze dobrada entre a cânula e a pele?			
6	O paciente compreendeu que diariamente, várias vezes ao dia, irá realizar a higiene da cânula intermediária?			

7	O paciente compreendeu que qualquer intercorrência irá procurar o setor de urgência?			
---	--	--	--	--

**Cenário**

O paciente deverá higienizar o intermediário: higienizar as mãos, retirar o intermediário, higienizar com a escovinha, secas e reposicionar; retirar as gazes 'suas' ao redor da cânula e higienizar ao redor, com gazes LEVEMENTE umedecidas e após, colocar novas gazes dobradas entre a pele e a cânula de traqueostomia.