

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARTA GUIMARÃES CÁFARO OLIVEIRA

SENTIMENTOS DO CUIDADOR DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Belo Horizonte

2015

MARTA GUIMARÃES CÁFARO OLIVEIRA

SENTIMENTOS DO CUIDADOR DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade – CEAMAC, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Aidê Ferreira Ferraz

Belo Horizonte

2015

Ficha de identificação da obra, elaborada pelo autor.
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Oliveira, Marta Guimarães Cáfaró

Sentimentos do cuidador do paciente traqueostomizado
[manuscrito] / Marta Guimarães Cáfaró Oliveira. - 2015.

45 f.

Orientadora: Aidê Ferreira Ferraz.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade -
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem,
para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

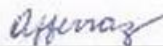
1. Sentimentos. 2. Cuidador. 3. Traqueostomia. 4. Estoma. I.
Ferraz, Aidê Ferreira. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Escola de Enfermagem. III. Título.

MARTA GUIMARÃES CÁFARO OLIVEIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "Sentimentos do Cuidador do Paciente Traqueostomizado".

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomatoterapia. (Área de concentração).

APROVADO: 18 de Dezembro de 2015.



Prof.^a **AIDÊ FERREIRA FERRAZ**

(Orientadora)
(UFMG)



Prof.^a **MIGUIR TEREZINHA VIECELLI DONOSO**

(UFMG)



Prof.^a **SELME SILQUEIRA DE MATOS** (UFMG)

Ao Marlon (esposo querido) pelo carinho, apoio e contribuição para a realização deste estudo. Ao meu filho Rafael, que ainda muito pequeno, soube compreender a minha ausência na busca da realização de mais um sonho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela presença constante em minha vida e por ter me dado forças para concluir mais uma etapa.

À professora Aidê Ferreira Ferraz (orientadora), pela compreensão, confiança, aprendizado e crescimento durante as discussões e os encontros.

À professora Eline Lima Borges, coordenadora do curso de Estomatoterapia, pelo incentivo e força constantes.

Aos meus queridos pais e à “Tá” por cuidarem de Rafael com todo amor e carinho enquanto estive ausente.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste estudo.

Obrigada!

“A iniciativa mais recente de atualizações acerca das pesquisas que envolvem a prática da enfermagem é a Evidence-based Nursing”.

“A prática educativa é de fundamental importância na enfermagem, tanto para o paciente quanto para o profissional”.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Na vivência da prática clínica observa-se grande diversidade de sentimentos e reações, tanto por parte do paciente adulto submetido à traqueostomia quanto de seus familiares, principalmente quando alguns deles se tornam o cuidador, a partir da alta hospitalar. Mesmo sendo prática cotidiana da enfermagem, as atividades de ensino e orientações quanto ao manejo da traqueostomia, a prevenção de infecção e outras medidas de segurança do paciente e de como lidar com as suas reações, tem-se observado certa resistência entre os cuidadores em assumir os cuidados com a traqueostomia, impactando negativamente na assistência ao paciente e no seu processo de alta hospitalar. **OBJETIVO:** Identificar quais são os sentimentos do cuidador durante a assistência ao paciente traqueostomizado. **MÉTODO:** Revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO e COCHRANE. A amostra foi composta de três estudos, realizados nos EUA, Holanda e Itália. **RESULTADOS:** Embora diferentes estudos tenham evidenciado sentimentos comuns entre os cuidadores de traqueostomizados, a falta de rigor metodológico e limitações dos estudos, dificultam o seu direcionamento para a prática clínica. **CONCLUSÃO:** As revisões de literatura sobre os sentimentos do cuidador, durante a assistência ao paciente traqueostomizado, demonstraram escassez de estudos sobre este tema. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas clínicas que analisem os sentimentos do cuidador ao traqueostomizado, com base em delineamentos do tipo experimental, fundamentando as condutas para melhor qualidade de vida, tanto do sujeito, quanto de seus cuidadores.

Palavras-chave: Sentimentos. Cuidadores. Traqueostomia. Estoma.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the experience of clinical practice there is great diversity of feelings and reactions by both adult patients undergoing tracheostomy as their families, especially when some of them become the caregiver, from the hospital discharge. Even though daily practice of nursing, educational activities and guidance on the management of tracheostomy, prevention of infection and other patient safety measures and how to deal with their reactions, is observed some resistance among caregivers to take care of tracheostomy, impacting negatively on patient care and in its hospital discharge process. **OBJECTIVE:** To identify what are the feelings of the caregiver when assisting the tracheostomy patient. **METHODS:** Integrative review of literature. The search was conducted in the databases MEDLINE, LILACS, SciELO and Cochrane. The sample consisted of three studies conducted in the USA, Netherlands and Italy. **RESULTS:** Although different studies have shown common feelings among caregivers of tracheostomy, the lack of methodological rigor and limitations of the studies, hinder its guidance for clinical practice. **CONCLUSION:** The literature reviews about the feelings of the caregiver during the tracheostomy care, demonstrated lack of studies on this topic. It is suggested the development of clinical research to analyze the feelings of the caregiver to tracheostomy, based on designs of the experimental type, basing the ducts for better quality of life, by both of the subject, as their caregivers.

Keywords: Feelings. Caregivers. Tracheostomy. Stoma.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Estratégias de buscas nas Bases de Dados..... | 27 |
| Tabela 2 – Caracterização dos periódicos de publicação dos estudos da amostra* | 29 |
| Tabela 3 – Caracterização da autoria dos estudos da amostra* | 29 |
| Tabela 4 – Caracterização do estudo e da amostra* | 30 |
| Tabela 5 – Método, dados e nível de evidência dos estudos da amostra* | 31 |
| Tabela 6 – Categorias de Análise Interpretativa dos Estudos da Amostra* | 33 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Descrição dos componentes da estratégia – PICO | 25 |
|---|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| <i>BDI</i> | - <i>Beck Depression Inventory Revised</i> |
| BVS | - Biblioteca Virtual de Saúde |
| DeCS | - Descritores de Ciências e Saúde |
| DPOC | - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| EBE | - Enfermagem Baseada em Evidências |
| ELA | - Esclerose Lateral Amiotrófica |
| <i>FSQ</i> | - <i>Family Strain Questionnaire</i> |
| LILACS | - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MBE | - Medicina Baseada em Evidências |
| MEDLINE | - <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on line-</i> |
| PBE | - Prática Baseada em Evidências |
| <i>PHQ</i> | - <i>Patient Health Questionnaire</i> |
| PUBMED | - <i>National Library of Medicine</i> |
| SCIELO | - <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVO | 15 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 16 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO | 19 |
| 4.1 Prática baseada em evidências | 19 |
| 5 REFERENCIAL METODOLÓGICO | 22 |
| 5.1 Revisão integrativa | 22 |
| 6 PERCURSO METODOLÓGICO | 25 |
| 7 RESULTADOS | 29 |
| 8 DISCUSSÃO | 38 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 40 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados | 45 |

1 INTRODUÇÃO

A traqueostomia consiste em um procedimento cirúrgico de abertura da parede anterior da traqueia para o meio externo, com o objetivo de tornar a via aérea permeável. É utilizada em situações de 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. Embora seja utilizada em situações de urgência e emergência, na grande maioria dos casos a traqueostomia é um procedimento cirúrgico eletivo e geralmente temporário (RICZ *et al.*, 2011).

Percebe-se, no entanto, que a necessidade de se conviver com uma traqueostomia, ainda que por um período determinado de tempo, provoca diversas mudanças, não apenas na vida dos pacientes, mas também na vida das pessoas que com eles se relacionam, seja no cotidiano hospitalar ou domiciliar.

Na vivência da prática clínica observa-se grande diversidade de sentimentos e reações, tanto por parte do paciente submetido à traqueostomia quanto de seus familiares, principalmente quando alguns deles se tornam o cuidador, a partir da alta hospitalar. Entende-se por cuidador a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2013. Portaria n. 963).

Mesmo sendo preparados e orientados previamente pelo enfermeiro, para exercerem o seu papel de cuidador, responsabilizar-se pelo cuidado integral domiciliar de um paciente traqueostomizado, muitas vezes, revela sentimentos de ansiedade e insegurança quanto aos procedimentos técnicos a serem realizados. Tais sentimentos são caracterizados por resistência de origem emocional, vinculados à falta do desenvolvimento de competências específicas para o cuidado deste paciente. O medo de errar e/ou executar os procedimentos de forma inadequada, podendo causar sofrimento, eventos indesejáveis ao paciente ou até mesmo a sua morte, tem dificultado o processo de alta hospitalar e, conseqüentemente, estendendo a permanência do paciente no hospital.

Muitas vezes, a comunicação verbal e não verbal, manifestadas em diferentes formas e até mesmo de modo inconsciente, além das atitudes e comportamentos dos cuidadores, perceptíveis não apenas à equipe de enfermagem, mas também aos pacientes com traqueostomia, denunciam esta resistência, interferindo de forma negativa na autoestima do paciente, nos seus sentimentos com relação ao cuidador e na sua convivência com o problema, provocando retrocesso na sua reabilitação.

Durante a assistência ao paciente traqueostomizado, na Clínica Médica do Hospital Municipal Odilon Behnes, por diversas vezes, foi falado pelo cuidador, diante da melhora e possibilidade de alta hospitalar do paciente com a traqueostomia, que não teria condições de levá-lo para casa “daquele jeito”. Tal fato gerava mobilização por parte da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos), no sentido de abordar o cuidador quanto a importância da alta, tendo em vista a melhora clínica do paciente e os prejuízos que uma internação mais prolongada poderia acarretar, além da possibilidade de liberação de um leito no Sistema Único de Saúde. Tal atitude, nem sempre, era bem-sucedida.

Durante um dos plantões da Clínica Médica, a filha de um dos pacientes traqueostomizados, solicitou a troca da gaze que protegia a traqueostomia de seu pai, alegando que a mesma se encontrava com bastante secreção. Disse que faria a troca e que poderia deixar outras gazes com ela para, se necessário, fazer as trocas subsequentes. Ela olhou espantada, agradeceu e disse que não conseguiria nem “encostar a mão” na traqueostomia. Ao perguntar o porquê, a filha justificou que não seria por causa da secreção, pois ela mesma limpava o excesso que escorria pelo pescoço de seu pai, mas pelo medo de lhe causar algum dano maior, ao encostar na traqueostomia para realizar o procedimento. Ao interrogar como agiria, quando o seu pai recebesse alta com a traqueostomia, a mesma respondeu que a sua irmã deveria assumir os cuidados com o pai, pois ela não teria condições emocionais, estando o mesmo traqueostomizado.

Mesmo sendo prática cotidiana dos enfermeiros de unidades de internação de média e alta complexidade, as atividades de ensino e orientações ao cuidador, quanto ao manejo da traqueostomia, a prevenção de infecção e outras medidas de segurança do paciente e de como lidar com as suas reações, tem-se observado certa resistência entre os cuidadores em assumir os cuidados com a traqueostomia, impactando negativamente na assistência ao paciente e no seu processo de alta hospitalar.

Tal fato permitiu refletir, mais uma vez, sobre a resistência do cuidador e que tal resistência poderia estar relacionada aos sentimentos de ansiedade, medo e insegurança ao assumir a assistência do portador de traqueostomia no ambiente domiciliar, associados ao enfrentamento do desconhecido.

Ao pesquisar sobre as políticas públicas para os pacientes estomizados, observou-se que, diferentemente do que ocorre com os portadores de estomas intestinais e urinários, não há políticas públicas específicas que garantam a rede de assistência ao paciente traqueostomizado, após a alta hospitalar. Tal fato, associado à resistência do cuidador no

processo de alta com a traqueostomia, fez crescer o interesse em desenvolver um estudo sobre os sentimentos do cuidador ao assumir a assistência ao paciente traqueostomizado.

Acredita-se que tal estudo possa subsidiar a elaboração de políticas e estratégias de atenção à saúde, voltadas ao suporte emocional do cuidador da pessoa traqueostomizada no domicílio, favorecendo assim, o processo de alta hospitalar.

2 OBJETIVO

Identificar quais são os sentimentos do cuidador durante a assistência ao paciente com traqueostomia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A palavra traqueotomia tem origem grega e significa abertura da traqueia. Registros encontrados no *Rigveda*, livro da medicina Hindu, escrito nos primeiros milênios antes de Cristo, e nos *Ebers Papyrus* de 1500 a. C., fazem da traqueostomia uma das primeiras técnicas cirúrgicas descritas (TEDDE *et al.*, 2015).

Por um longo período, no entanto, em virtude do pouco conhecimento de anatomia e aos maus resultados obtidos com a técnica, a traqueostomia foi realizada exclusivamente em pacientes graves. A primeira descrição cirúrgica bem-sucedida, ocorreu somente em 1546, pelo médico italiano Antônio Musa Brasavola, em um doente com abscesso na garganta (TEDDE *et al.*, 2015; MARSICO; MARSICO, 2010).

Em 1883, durante a epidemia de difteria ocorrida na Europa, a traqueostomia foi resolutiva em 25% dos casos de obstrução da via aérea superior, sendo o procedimento de escolha em situações de emergência, embora não fosse amplamente aceita, por estar associada à alta mortalidade. Com o controle da difteria, no entanto, a técnica foi abandonada (MARSICO; MARSICO, 2010). Apenas em meados do século XX, iniciou-se a literatura relevante para a cirurgia moderna, quando Chevalier e Jackson descreveram detalhadamente a técnica cirúrgica e suas complicações, reduzindo a mortalidade das traqueostomias de 25% para 2% (TEDDE *et al.*, 2015).

Recentemente, a traqueostomia aberta é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns, sendo realizada na sala de cirurgia e nas unidades de terapia intensiva, com baixas taxas de complicações (MARSICO; MARSICO, 2010). A decisão quanto à sua realização, no entanto, deve levar em consideração a avaliação individual do doente, da doença de base que representa, da sua evolução e recuperação, além do risco de permanecer por um período prolongado com a cânula translaríngea, bem como o desejo do doente e/ou da família na realização do procedimento (TEDDE *et al.*, 2015).

Dentre os benefícios obtidos pela traqueostomia, destacam-se: menor incidência de lesões na laringe em relação a intubação translaríngea prolongada; diminuição da incidência de estenose subglótica; possibilidade de alimentação por via oral; transferência precoce para a unidade intermediária; maior facilidade de limpeza da árvore traqueobrônquica e higiene oral, além de maior conforto, facilidade na mobilização e na comunicação do paciente (MARSICO; MARSICO, 2010; DURBIN, 2010).

Apesar das vantagens teóricas, são poucos e inconclusivos os estudos realizados sobre a evolução dos pacientes para definir o impacto no prognóstico e o momento da realização da

traqueostomia, refletindo tão somente a opinião dos especialistas. Embora haja a tendência de não adiar a traqueostomia, quando existe a perspectiva de ventilação mecânica prolongada e que o nível de consciência do paciente dificulta o desmame, não há comprovação definitiva de que o procedimento precoce reduza o tempo de ventilação mecânica (MARSICO; MARSICO, 2010).

Ainda que potencialmente graves, as complicações da traqueostomia com a exposição adequada do campo operatório e conhecimento anatômico são raras, sendo frequentes nos procedimentos de urgência, sem intubação prévia (MARSICO; MARSICO, 2010). Tais complicações têm sido divididas em graves, intermediárias e menores.

As complicações graves, objetivamente definidas e facilmente notadas, incluem o óbito, parada cardiorrespiratória, pneumotórax, pneumomediastino, fístula traqueoesofágica, mediastinite, sepse, obstrução e deslocamento da cânula, hemorragia intratraqueal pós-operatória e estenose traqueal (TEDDE *et al.*, 2015). O dano traqueal é causado pela alta pressão exercida pelo balonete, ocorrendo tanto com o tubo orotraqueal, quanto com a cânula de traqueostomia. Entretanto, os tubos orotraqueais e as cânulas de traqueostomias modernas possuem balonetes com grande volume e baixa pressão, o que diminuiu a incidência de estenoses (MARSICO; MARSICO, 2010).

Enquanto as complicações intermediárias incluem dessaturação de oxiemoglobina no intraoperatório, lesões da parede posterior da traqueia, erro de introdução da cânula, aspiração do doente, pneumonia, atelectasia e lesão das cartilagens traqueais, as complicações menores são mais subjetivas e incluem hemorragia intraoperatória, falso trajeto ou dificuldade de introdução da cânula, enfisema subcutâneo, hemorragia da ferida no pós-operatório, celulite, traqueíte e problemas tardios, tais como fistulo traqueocutânea, queloide e cicatrização não estética (TEDDE *et al.*, 2015).

Em virtude da ausência das funções laríngeas, o paciente com traqueostomia apresenta dificuldade na deglutição e eliminação de secreções pela tosse. Assim, além da umidificação do ar inspirado, é importante avaliar a necessidade de aspiração endotraqueal de secreções e a troca da cânula de traqueostomia, embora não haja consenso sobre a periodicidade desta troca, inspecionar e higienizar o local da estomia e garantir o ajuste adequado da fixação ao pescoço (TEDDE *et al.*, 2015).

Neste contexto, o ato de cuidar implica no estabelecimento de interação entre quem cuida e quem é cuidado, correspondendo à verdadeira essência da enfermagem. Seja ele técnico ou expressivo, da esfera psicológica ou espiritual, o cuidar se expressa no corpo pelos seus gestos, movimentos, ações e reações, envolvendo a sensibilidade própria dos sentidos e

também a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação, seja ela verbal ou não verbal (FERREIRA, 2006).

A comunicação corresponde a um processo de compreender e partilhar mensagens, que exerce influência nas pessoas, no momento em que ocorre ou em momentos subsequentes (STEFANELLI, 1993). A comunicação se dá pela comunicação verbal, entendida como aquela transmitida por meio da linguagem escrita ou falada e da comunicação não-verbal que compreende gestos, expressões faciais e movimentos com o corpo. Muitas vezes, a comunicação não-verbal modifica o significado da verbal, ou seja, a mensagem verbal é contraditória ao que é expresso pela comunicação não-verbal entre os indivíduos (SILVA *et al.*, 2000).

No contexto da interação entre o enfermeiro, o paciente traqueostomizado e seu cuidador, o enfermeiro e o cuidador fazem uso da comunicação verbal e não verbal para transmitirem as suas mensagens, enquanto o paciente traqueostomizado, que não pode verbalizar, faz uso da comunicação não-verbal para manter suas relações interpessoais.

Assim, a comunicação é fundamental na assistência de enfermagem e a qualidade com que é estabelecida durante o cuidado, reflete nas atitudes e reações do paciente, implicando na recuperação de sua saúde e/ou na readaptação à sua nova condição de vida (FERREIRA, 2006).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Prática baseada em evidências

O grande crescimento da literatura científica, ocorrido nas últimas décadas, vinculado aos diferentes níveis de qualidade das pesquisas científicas, a necessidade de sintetizar as informações, proteger o usuário de práticas pouco recomendáveis e otimizar os gastos em saúde, levaram ao desenvolvimento de um modelo assistencial, com base na tomada de decisão, denominado Medicina Baseada em Evidência (MBE). A adesão de outros profissionais a esse modelo de prática profissional permitiu que a MBE passasse a ser denominada Prática Baseada em Evidências (PBE), (PIMENTA *et al.*, 2015).

A Prática Baseada em Evidências foi escolhida como referencial teórico do presente estudo, por se tratar de uma abordagem que incentiva o enfermeiro a buscar o conhecimento científico, seja no desenvolvimento de novas pesquisas ou na utilização de pesquisas já disponíveis na literatura (SILVEIRA, 2005).

A PBE originou-se no final da década de 1980 e início de 1990, com epidemiologistas canadenses, da Universidade de McMaster, e com o britânico Archie Cochrane, na busca da promoção de assistência clínica efetiva, minimizando lacunas entre a produção da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente (PIMENTA *et al.*, 2015). Além de defender a melhoria da qualidade do cuidado e a diminuição dos custos, a PBE atribui à decisão clínica uma racionalidade custo-benefício dotada de valor ético (UCHÔA; CAMARGO JR, 2010).

A PBE envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Consiste, portanto, na aplicação da melhor evidência disponível frente a uma questão clínica específica (GALVÃO; SAWADA, MENDES, 2003). Esta abordagem considera que é impossível tornar explícito todos os aspectos da competência profissional, portanto, os conhecimentos adquiridos ao longo da vida também devem ser reconhecidos (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

O movimento da Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) desenvolveu-se, em um contexto de adoção de medidas para minimizar o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, desconsiderando a experiência clínica isolada e não-sistemática, as opiniões infundadas e a tradição como base para a prática de enfermagem (VARGAS; LUZ, 2010).

A implementação da PBE possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes e familiares, na medida em que favorece o julgamento crítico do enfermeiro.

Para tanto, o preparo do profissional, frente à pesquisa, consiste no primeiro desafio a ser vencido (GALVÃO; SAWADA, MENDES, 2003).

No Brasil, o movimento da EBE ainda se encontra incipiente, apesar dos avanços apresentados nos últimos anos (GALVÃO; SAWADA, MENDES, 2003).

A EBE é um processo que consiste em cinco etapas: 1) formulação de questões originárias da prática profissional; 2) investigação da literatura ou outros recursos relevantes de informações na busca das evidências; 3) avaliação das evidências em relação à validade, generalização e transferência; 4) conhecimento do uso da melhor evidência disponível, habilidade clínica e as preferências do paciente no planejamento e implantação do cuidado e a 5) avaliação do enfermeiro em relação à sua própria prática (VARGAS; LUZ, 2010).

Para Domenico e Ide (2003), a EBE “requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, buscar informações científicas pertinentes e avaliar a validade das informações”.

A PBE incentiva o enfermeiro a buscar conhecimento científico, pelo desenvolvimento de pesquisas ou aplicação na sua prática profissional, dos resultados encontrados na literatura (GALVÃO; SAWADA; ROSS, 2002).

O alcance dos melhores resultados fundamenta a qualidade da assistência e direciona a prática de enfermeiros que buscam o aperfeiçoamento da assistência com base nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível, de forma ética e respeitosa (PEDREIRA, 2009).

É fato que as mudanças geradas pela prática da EBE são relevantes para maior desenvolvimento profissional, no entanto, são poucos os enfermeiros que atuam em ambientes com ações centradas em evidências científicas (PEDROSA, 2015).

Estudo recente apontado por Pedrolo (2009) constatou que a implementação da evidência clínica, como ferramenta para a atuação do enfermeiro, não é tarefa fácil, sugerindo a adoção de atividades para o seu êxito ser atingido, como o desenvolvimento de competências para interpretar os resultados das pesquisas, criação de culturas gerencial e organizacional que favoreçam a utilização de pesquisas, garantia de recursos humanos e financeiros, compatíveis com o necessário, além da tentativa de articular os achados da pesquisa a ser implementada à preferência dos pacientes e de seus familiares.

Uma das dificuldades relatadas pelos profissionais, para o desenvolvimento da PBE na enfermagem, refere-se ao tempo destinado à assistência dos pacientes, impossibilitando a sua implementação. Tal ideia, no entanto, vem contrapor-se a do Conselho Internacional de

Enfermeiros (2012) que afirma: ao incorporar a partilha de ideias e conhecimento, a PBE propicia, não apenas a transformação de ideias em ações, mas ainda a economia do tempo.

Diante disso, destaca-se a importância de capacitação do enfermeiro assistencial na busca, desenvolvimento e utilização de pesquisas na prática profissional, a fim de transpor a dicotomia entre a pesquisa e o cuidar (PEDROSA, 2015).

Para Pedreira (2009, p. 881),

[...] a busca e o uso de evidências científicas de enfermagem para a promoção de segurança do paciente têm como pressuposto utilizar e fomentar a realização de estudos que gerem práticas inovadoras de enfermagem, com vista a sustentar as ações e as relações do profissional no sistema de saúde, bem como, demonstrar o impacto de tais ações nos resultados do sistema. É necessário demonstrar que profissionais de enfermagem mais capacitados produzem melhores resultados no cuidado do paciente, aumentando a satisfação e a confiança do usuário com o sistema de prestação de assistência, mas sobretudo, reduzindo morbidade e mortalidade, como já evidenciado em grandes estudos conduzidos fora do país.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2013), as instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados manifestam a preocupação em desenvolver práticas seguras.

Iniciativas voltadas à promoção da segurança do paciente, no ambiente hospitalar, demonstram que a educação, a conscientização e o engajamento de pacientes e familiares são aspectos importantes a serem considerados (ANVISA, 2013). Acredita-se que tais aspectos contribuam não apenas para a redução de eventos adversos, mas também para alívio da ansiedade, medo e tensão do cuidador durante a assistência ao paciente traqueostomizado, no ambiente domiciliar.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 Revisão integrativa

Dentre as estratégias metodológicas utilizadas no desenvolvimento da PBE encontra-se a revisão integrativa, considerada ferramenta ímpar no campo da saúde, por sintetizar pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direcionar a prática, fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa oferece o rápido acesso aos resultados relevantes das pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando saber crítico. No entanto,

[...] na enfermagem nacional e internacional, os enfermeiros precisam vencer diferentes barreiras para a condução e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica, principalmente no que se refere à falta de preparo para o processo de investigar, dificuldades para a avaliação crítica dos estudos disponíveis e para a transferência do conhecimento novo para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 763).

Considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, a revisão integrativa permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para a compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Seu desenvolvimento, no entanto, requer padrão de excelência quanto ao rigor metodológico para os seus resultados produzirem contribuições significativas para a ciência e para a prática clínica.

Embora seja considerado um método de pesquisa incipiente na enfermagem nacional, a contribuição da revisão integrativa, na melhoria da assistência ao paciente e ao familiar, tem sido inegável (MENDES; SILVA; GALVÃO, 2008).

Considerando que a elaboração da revisão integrativa requer etapas claramente descritas, utilizou-se, neste estudo, das seguintes etapas, fundamentadas em Ganong (1987) e Brome (1993): (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; (3) definição das informações extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A etapa 1, *identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa*, é considerada pelos estudiosos a etapa norteadora para a condução da revisão integrativa bem elaborada. Considerando o tempo e esforço despendidos, a escolha de

um tema que leva em consideração o interesse do pesquisador, torna mais fácil a sua realização. A questão de pesquisa deve ser elaborada de forma clara e específica, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador (GANONG, 1987). Quando bem delimitada, a questão de pesquisa facilita a identificação de descritores ou palavras-chave para a busca dos estudos (BROME, 1993). Uma pergunta de pesquisa bem formulada possibilita a definição correta de quais evidências serão necessárias para a sua resolução, ampliando a recuperação de evidências nas bases de dados, com foco no escopo da pesquisa, evitando a realização de buscas desnecessárias (SANTOS *et al.*, 2007). Neste estudo, para a construção da questão norteadora, adotou-se a estratégia PICO, onde P refere-se à Paciente ou Problema, I, à Intervenção, C à Comparação ou Controle e O refere-se a *Outcomes* ou desfechos. A estratégia PICO pode ser utilizada na formulação de questões de pesquisa de naturezas diversas, provenientes da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, entre outras (SANTOS *et al.*, 2007).

A etapa 2, *estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura*, inicia-se após a escolha do tema, com a busca de literatura nas bases de dados dos estudos a serem incluídos. A melhor estratégia de busca, segundo Ganong (1987), seria incluir todos os estudos encontrados e pesquisar padrões de possíveis influências metodológicas nos resultados. Mediante a sua inviabilidade, sugere-se a exposição e discussão clara dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

A etapa 3, *definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados*, consiste na definição dos dados a serem extraídos dos estudos, com base em um instrumento de coleta previamente elaborado. Para Ganong (1987), a definição das informações a serem coletadas dos estudos é a essência da revisão integrativa. Tais informações devem abranger a amostra do estudo, objetivos, metodologia empregada, resultados e as principais conclusões (BROME, 1993).

A etapa 4, *avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa*, é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou contraditórios (GANONG, 1987). Neste contexto, a experiência clínica do pesquisador, além de contribuir com a análise, auxilia na determinação da utilidade dos estudos na prática (SILVEIRA, 2005). Nesta etapa, também são avaliados os níveis de evidência dos estudos. Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, a PBE propõe a hierarquia das evidências, segundo o delineamento do estudo. Assim, para a classificação do

nível de evidência, adotou-se a proposta de Stetler *et al.* (1998). Segundo o autor, conforme o desenho e rigor metodológico do estudo, a evidência pode ser classificada em 6 níveis:

- Nível 1: evidências resultantes da metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais.
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência.
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

A etapa 5, *interpretação dos dados*, refere-se à interpretação e síntese dos resultados, comparando-os ao referencial teórico. Além de identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem, a interpretação dos resultados possibilita a identificação de lacunas do conhecimento, permitindo ao pesquisador apontar prioridades para estudos futuros, direcionados para a melhoria da assistência à saúde (GANONG, 1987).

A etapa 6, *apresentação da revisão/síntese do conhecimento*, consiste na elaboração da revisão integrativa, contemplando a descrição detalhada das etapas percorridas e os principais resultados da análise dos artigos incluídos na amostra (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Sugere-se que, em um primeiro momento, os estudos sejam divididos em subgrupos para facilitar a análise (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Afirma Ganong (1987) que a maior dificuldade para delimitar as conclusões obtidas da revisão, ocorre quando as características e resultados dos estudos não foram relatados nas fases anteriores. A proposta da revisão integrativa é sintetizar as evidências disponíveis na literatura. Esta será questionável, caso a sua construção seja baseada em uma metodologia também questionável.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento desse estudo foram percorridas as etapas propostas por Ganong (1987) e Brome (1993). Nesse item serão descritas as etapas 1, 2 e 3. As etapas 4 (avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa) e 5 (interpretação dos dados) serão descritas no item *Resultados* e a etapa 6 (apresentação da revisão/síntese do conhecimento), no item *Discussão*.

Etapa 1: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Este estudo buscou identificar os sentimentos do cuidador durante a assistência ao paciente traqueostomizado, partindo do princípio que a resistência de origem emocional, vinculada à falta do desenvolvimento de competências específicas para o cuidado desse paciente pode impactar não somente na sua assistência, mas também no processo de alta hospitalar.

Para a construção da questão norteadora do estudo, utilizou-se a estratégia PICO, cujos componentes são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos componentes da estratégia – PICO

| Acrônimo | Definição | Descrição |
|----------|------------------------|--|
| P | Paciente ou problema | Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde. |
| I | Intervenção | Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex.: diferentes tipos de curativo), preventiva (ex.: vacinação), diagnóstica (ex.: mensuração da pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos. |
| C | Controle ou comparação | Definida como intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção. |
| O | Desfecho (“outcomes”) | Resultado esperado. |

Fonte: Adaptada de SANTOS *et al.*, 2007.

Atribuiu-se ao P: cuidadores de pacientes traqueostomizados, ao I: assistência ao paciente traqueostomizado, ao C: não se aplica, por não se tratar de um estudo comparativo, e ao O: sentimentos dos cuidadores de pacientes traqueostomizados. Desta forma, a questão norteadora constituiu-se em: “quais são os sentimentos dos cuidadores durante a assistência ao paciente traqueostomizado?”.

Etapa 2: Estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura

Nesta etapa foram realizadas buscas eletrônicas, utilizando-se descritores controlados identificados de acordo com a pesquisa prévia no “Descritores de Ciências e Saúde” (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e descritores não-controlados relacionados ao tema “sentimentos dos cuidadores do paciente traqueostomizado”. Assim, a pesquisa contemplou os seguintes descritores: “ansiedade, ansiedade de desempenho, expectativa, insegurança, medo, tensão, desamparo aprendido, desamparo adquirido, receio, emoções, sentimento, cuidadores, traqueostomia, traqueostomizado”.

Para a seleção dos artigos foram adotados os seguintes critérios de inclusão: produções científicas em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, gratuitamente, relacionadas aos sentimentos do cuidador durante a assistência ao paciente traqueostomizado adulto. A questão da temporalidade das publicações não foi um critério considerado neste estudo, uma vez que a área temática em questão não tem sido foco de inovações tecnológicas e científicas frequentes.

O levantamento das publicações indexadas, foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2015, nas bases de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*) acessada via PUBMED (*National Library of Medicine*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), COCHRANE e COLECCIONASUS, acessadas via BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Para a estratégia de busca (Tabela 1), além dos descritores controlados e não controlados também foram utilizados os booleanos¹ “OR” e “AND” para proporcionar maior ampliação dos resultados durante o processo de busca. Os descritores foram utilizados no idioma português, inglês ou espanhol, conforme a base de dados pesquisada.

¹ Os operadores booleanos são usados para relacionar termos ou palavras em uma expressão de uma pesquisa. Combina dois ou mais termos, de um ou mais campos de busca. Os operadores booleanos são: **AND – OR – AND NOT** (<http://www.bireme.br/bvs/P/manual/modulo4.htm>). Chamado booleano em homenagem a George Boole, que definiu um sistema de lógica algébrica pela primeira vez na metade do século XIX. É usado em operações lógicas como conjunção, disjunção, disjunção exclusiva, equivalência lógica e negação, que correspondem a algumas das operações da álgebra booleana.

Tabela 1 – Estratégias de buscas nas Bases de Dados

| Base de Dados | Estratégia de Busca | Artigos | |
|---------------|--|---------------|------------------|
| | | Identificados | Pré-selecionados |
| Medline | ((Strain OR Tension OR Tensão OR Emotions OR Emociones OR Emoções OR "Helplessness, Learned" OR "Desamparo Adquirido" OR "Desamparo Aprendido" OR Expectativa OR Expectation OR Insegurança OR Inseguridad OR Insecurity OR Receio OR Miedo OR fear OR Miedo OR Medo OR Anxiety OR Ansiedad OR Ansiedade OR "Performance Anxiety" OR "Ansiedad de Desempeño" OR "Ansiedade de Desempenho" OR Sentimento OR Sentimiento OR Feeling) AND (Caregivers OR Cuidadores OR Cuidadores)) AND (Tracheostomy OR Traqueostomía OR Traqueostomia OR Traqueostomizado OR Tracheostomized)). | 13 | 8 |
| Lilacs | | 1 | 0 |
| Scielo | | 1 | 0 |
| Cochrane | | 1 | 0 |
| Coleciona SUS | | 1 | 0 |
| Total | | 17 | 8 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Por meio de cruzamento nas bases de dados, utilizando-se dos descritores controlados e não controlados e demais critérios de inclusão já especificados, foram identificados 17 artigos que abordavam os sentimentos dos cuidadores de pacientes traqueostomizados, sendo 13 artigos na base de dados MEDLINE, 1 artigo na base de dados LILACS, 1 artigo na base de dados SCIELO, 1 artigo na base de dados COCHRANE e 1 artigo na base de dados COLECIONA SUS. Todos os artigos identificados possuíam resumo. Um mesmo artigo foi identificado nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO e COCHRANE.

Após análise do título, 8 dos 17 artigos foram pré-selecionados. No entanto, após a leitura do resumo, verificou-se que apenas 4 artigos atendiam aos critérios de inclusão. Estes artigos foram submetidos à leitura na íntegra, com análise crítica do conteúdo, resultando na inclusão de 3 deles na amostra do presente estudo. Os artigos excluídos contemplavam pesquisas com crianças, revisões de literatura, abordagem metodológica qualitativa e qualitativa em um mesmo estudo, não atendiam a questão norteadora e/ou não estavam disponíveis na íntegra.

Etapa 3: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Nesta etapa foram realizadas leituras exaustivas dos artigos selecionados, considerando-se que a definição das informações a serem coletadas constitui a essência da revisão integrativa. Os dados foram extraídos com base em um instrumento previamente elaborado para analisar separadamente cada artigo (APÊNDICE A), capaz de reunir e sintetizar as informações relevantes. Tais informações abrangeram as características das publicações (código do artigo, base de dados, título, volume e número do periódico, título, ano de publicação e idioma do artigo, número e nome de autores, nome, profissão e titulação do primeiro autor) e as características da pesquisa (país onde foi desenvolvida, objetivos, caracterização dos cuidadores, caracterização dos pacientes, coleta de dados, metodologia, nível de evidência, sentimentos dos cuidadores do paciente traqueostomizado e propostas de enfrentamento para dificuldades da assistência, os resultados e as principais conclusões, além das limitações do estudo).

7 RESULTADOS

Os estudos da amostra foram codificados em E1, E2 e E3, iniciando-se da referência mais antiga. Os resultados referentes à sua caracterização foram organizados em tabelas. As variáveis sobre o ano de publicação, título do periódico e país de desenvolvimento do estudo são apresentados na Tabela 2. Todos os estudos selecionados, encontravam-se em inglês, e foram identificados na base de dados MEDLINE.

Tabela 2 – Caracterização dos periódicos de publicação dos estudos da amostra*

| Código estudo | Ano de publicação | Volume | Número | Título do periódico | País do estudo |
|---------------|-------------------|--------|--------|---|----------------|
| E1 | 2001 | 119 | 5 | <i>Chest Journal</i> | Itália |
| E2 | 2001 | 80 | 6 | <i>American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation</i> | Holanda |
| E3 | 2009 | 10 | 5-6 | <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis</i> | Estados Unidos |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Belo Horizonte, 2015.

As publicações foram obtidas em periódicos internacionais e da área de medicina. A data de publicação dos artigos variou de 2001 a 2009. O estudo E1 foi realizado na Itália, o E2 na Holanda e o estudos E3 nos Estados Unidos da América.

As variáveis referentes ao título do estudo, número de autores, nome, profissão e titulação do primeiro autor estão na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da autoria dos estudos da amostra*

| Código estudo | Título do estudo | Qte. autores | Nome 1º autor | Profissão 1º autor | Titulação 1º autor |
|---------------|---|--------------|----------------------------|--------------------|--------------------|
| E1 | <i>Caregiver strain associated with tracheostomy in chronic respiratory failure</i> | 4 | Silvia Rossi Ferrario | Psicóloga | Doutora |
| E2 | <i>Psychosocial problems arising from home ventilation</i> | 3 | Robert Gerard van Kesteren | Não identificado | Doutor |
| E3 | <i>How common is depression among ALS caregivers? A longitudinal study</i> | 4 | Judith Godwin Rabkin | Psicóloga | Doutora |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Belo Horizonte, 2015.

A maioria dos estudos foi desenvolvida por 4 autores. Nos estudos E1 e E3 o primeiro autor é psicólogo. No estudo E2, a profissão do primeiro não foi identificada. Todos os primeiros autores, no entanto, possuem doutorado.

A descrição do objetivo e a caracterização da amostra, composta por cuidadores, são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização do estudo e da amostra*

| Código Estudo | Objetivos | Amostra (Cuidadores) | | |
|------------------|---|----------------------|---------------|------|
| | | Núm. | Gênero | % |
| E1 | Avaliar o impacto psicológico e psicossocial da traqueostomia nos cuidadores de pacientes traqueostomizados. | 40 | Masculino | 37,5 |
| | | | Feminino | 62,5 |
| E2 | Estudar as questões psicossociais e os problemas dos pacientes, que são cronicamente dependentes de ventilação artificial, e suas famílias. | 36 | Não informado | |
| E3 | Descrever os níveis de depressão e angústia entre cuidadores de ELA, no início do estudo, e avaliar as alterações de humor ao longo do tempo; identificar as características pessoais, situacionais e da combinação paciente-cuidador que podem influenciar na angústia e satisfação do cuidador; examinar o humor do cuidador dos pacientes que optaram por traqueostomia em comparação com os cuidadores de pacientes que morreram, tanto no início do estudo quanto na entrevista final. | 13 | Masculino | 35,7 |
| | | | Feminino | 64,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Belo Horizonte, 2015.

O objetivo dos estudos foi analisar os aspectos psicológicos e/ou psicossociais envolvidos na assistência ao paciente traqueostomizado por seu cuidador.

No estudo E1, a amostra composta por pacientes, foi caracterizada por portadores de Insuficiência Respiratória Crônica (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Cifoescoliose e Paralisia do Nervo Frênico), no estudo E2 por portadores de Distúrbios Neuromusculares e no estudo E3 por pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

A amostra composta pelos cuidadores variou de 13 a 40 participantes, sendo caracterizada em todos os estudos por cuidadores leigos. Os cônjuges constituíam a maior parte destes cuidadores, correspondendo a 55% no estudo E1 e 63% no estudo E3.

Em relação ao gênero, observou-se que a proporção entre cuidadores homens e mulheres, nos estudos E1 e E3, são próximas, com predomínio das mulheres, correspondendo a 62,5% e 64,3% respectivamente. No estudo E2 estes valores não foram informados.

Na Tabela 5 são apresentados a descrição do método, coleta de dados, sentimentos do cuidador e nível de evidência dos estudos da amostra.

Tabela 5 – Método, dados e nível de evidência dos estudos da amostra*

| Código Estudo | Método Pesquisa | Coleta de dados | Sentimentos do cuidador | Nível evidência |
|---------------|-----------------|------------------------------------|--|-----------------|
| E1 | Descritiva | Questionário | Angústia, atividades de lazer restritas, culpa, desgosto, intolerância, medo, relações sociais restritas, repugnância, satisfação na realização dos cuidados, tensão, vergonha | Nível 4 |
| E2 | Descritiva | Entrevista semiestruturada | Ansiedade, culpa, dependência, estresse emocional, falta de liberdade, insegurança, isolamento, satisfação na realização dos cuidados, sobrecarga de cuidados | Nível 4 |
| E3 | Descritiva | Questionário e Escala de Avaliação | Angústia, depressão, exaustão física, falta de tempo para necessidades pessoais, isolamento, sentimento de pressão, sobrecarga de cuidados, tristeza. | Nível 4 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Belo Horizonte, 2015.

A metodologia utilizada não foi evidenciada nos estudos, no entanto, a análise do delineamento dos mesmos permitiu inferir que se tratavam de estudos descritivo não-experimentais. De acordo com Lima-Costa e Barreto (2003, p. 191), “os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos”.

Para a coleta de dados, foram utilizados questionários nos estudos E1 (*Family Strain Questionnaire – FSQ*) e E3 (*Patient Health Questionnaire – PHQ-9*), sendo que neste último, além de questionário foram ainda utilizadas escalas de avaliação (*Beck Depression Inventory Revised – BDI-II*, *Manne Scales of Positive and Negative Dyad Support*, *Zarit Burden Scale*, *Folkman’s Measure of Caregiver Satisfaction*, *ALS Functional Rating Scale-Revised*, *Chalder Fatigue Scale* e *Folkman’s Ways of Coping Scale*). No estudo E2 a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e escala analógica (*Visual Analog Scale*).

Os estudos E1, E2 e E3 evidenciaram vários sentimentos comuns entre os cuidadores, durante a assistência do paciente traqueostomizado. Dentre os sentimentos presentes, destacaram-se a angústia, satisfação na realização dos cuidados, sobrecarga e isolamento.

Conforme o delineamento dos estudos mencionados e com base na classificação do nível de evidência por hierarquia, proposto por Stetler *et al* (1998), os estudos E1, E2 e E3 foram classificados com nível de evidência 4.

Em todos os estudos foi possível estabelecer categorias de análise. Na Tabela 6 são apresentadas as categorias referentes à análise interpretativa e às estratégias para enfrentamento das dificuldades na assistência ao paciente traqueostomizado.

Tabela 6 – Categorias de Análise Interpretativa dos Estudos da Amostra*

Continua

| Código Estudo | Resultados/categorias de análise interpretativa | Estratégias para enfrentamento |
|------------------|---|---|
| E1 | <ul style="list-style-type: none"> - Todos os cuidadores mostraram um grau médio de tensão, que tendia a persistir no mesmo nível um ano mais tarde. - Os cuidadores continuaram a precisar de mais informações sobre a doença ao longo do tempo. - As mulheres e aqueles que cuidam de pacientes submetidos a traqueostomia, com menos de 14 meses, sentem maior tensão e esta parece persistir ao longo do tempo. - As pontuações relativas ao subescore, <i>pensamentos sobre a morte</i>, revelou que 57% dos cuidadores pensaram sobre a morte de seus pacientes e destes, 85% não quiseram falar sobre o assunto. - O fato dos cuidadores pensarem sobre a morte do paciente, mas não falarem sobre o assunto, sugere que a prestação de cuidados é permeada pelo medo. - A maioria dos cuidadores (84%) disse que os seus pacientes experimentaram algum tipo de angústia psicossocial, mas apenas 12 disseram que tinham problemas semelhantes. - A cronicidade não parece reduzir a necessidade de mais informações sobre a doença, particularmente em cuidadores com menos de 59 anos, e aqueles que cuidam de pacientes que necessitam de ventilação noturna. - Durante as entrevistas, muitos dos cuidadores expressaram sentimento de intolerância para com os seus pacientes. - Algumas das esposas expressaram sentimento de repugnância, relativo à proximidade física de seu parceiro submetido à traqueostomia. Dormir juntos e trocar gestos de afeição eram vistos como uma fonte de angústia severa, o que também levou a um sentimento de culpa. - O tempo de lazer dos cuidadores pareceu ser caracterizado pelas relações sociais restritas (77,5% quase nunca mais viu amigos e 87,5% quase nunca mais foram para lugares de encontro sociais, tais como bares, restaurantes ou círculos culturais) e atividades de lazer ao ar livre restrito (75% nunca mais foram ao cinema, fizeram caminhada, andaram de bicicleta, etc.). - A maioria dos cuidadores (94,7%) disse que se sentia melhor quando cuidava do paciente. | <ul style="list-style-type: none"> - A necessidade da educação contínua, expressa pelos cuidadores, sugere que informações periódicas destinadas a tranquilizá-los e ajudá-los a lidar com as realidades que terão de enfrentar, devem fazer parte do processo de qualquer traqueostomia programada. |

Tabela 6 – Categorias de Análise Interpretativa dos Estudos da Amostra*

Continua

| Código Estudo | Resultados/categorias de análise interpretativa | Estratégias para enfrentamento |
|------------------|--|--|
| E2 | <ul style="list-style-type: none"> - As mães dos pacientes jovens (com idades entre 20-30 anos), que vivem em casa, sentiram-se mais estressadas do que os pais ou os próprios jovens. - Problemas relacionados à assistência domiciliar, relatados pelos cuidadores, incluem o aumento da sobrecarga de cuidados na medida em que a doença progride, a falta de liberdade, isolamento e dificuldades na busca de uma assistência adequada. - Com progressão da doença, pacientes e familiares se sentem cada vez mais dependentes e culpados. - Apesar da necessidade de cuidados e problemas relacionados à assistência, os cuidadores escolheriam, quase por unanimidade, a ventilação artificial de novo para seus parceiros, o que demonstra a importância da vida. - Familiares demonstraram uma grande satisfação em cuidar do seu filho, pai ou parceiro. | <ul style="list-style-type: none"> - Informações sobre a doença e a necessidade de ventilação mecânica têm importante efeito sobre as emoções, bem-estar, e o comportamento do paciente e naqueles que estão diretamente envolvidos no manejo do paciente em seu ambiente imediato. - Abertura e a capacidade de inspirar confiança são fatores críticos e constituem os meios para a superação de medos, resistência e para a tomada de decisões. - Disponibilidade de contato com a equipe médica promove uma sensação de segurança. - Necessidade de apoio psicossocial deve existir, em especial, para os cuidadores de pacientes em que o suporte ventilatório por tubo de traqueostomia está envolvido. - Grupo fixo de cuidadores é preferível para o nível de confiança ser construído. |

Tabela 6 – Categorias de Análise Interpretativa dos Estudos da Amostra*

Conclusão

| Código Estudo | Resultados/categorias de análise interpretativa | Estratégias para enfrentamento |
|------------------|---|---|
| E3 | <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos depressivos estavam presentes no início do estudo para a minoria considerável dos cuidadores e a taxa permaneceu estável, independente do resultado do paciente (ventilação mecânica por traqueostomia ou morte). - Correlatos da depressão do cuidador incluíam a percepção do cuidador, que o paciente não o apoiava, sugerindo que os pacientes têm papel importante no fornecimento de <i>feed back</i> positivo para o cuidador e que a relação da díade precisa apoiar-se mutuamente, em vez de ser unilateral, em que o cuidador “fornece” e o paciente é o beneficiário. - Não se deparou com a relação entre depressão do cuidador ou sobrecarga e grau de incapacidade do paciente. - Avaliação inicial dos cuidadores, cujos pacientes planejaram ventilação mecânica por traqueostomia, mostrou que se encontravam mais deprimidos que os outros cuidadores, mas essa diferença se perdia ao longo do tempo. - Níveis de angústia diminuíram ao longo do tempo, em ambos os grupos, mais nos cuidadores de pacientes que planejaram traqueostomia. - Embora a angústia não seja incomum, depressão clínica entre cuidadores de pacientes em estágio final de ELA é a exceção e não aumenta com a aproximação da morte do paciente. | <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de origem emocional podem ser minimizadas de forma eficaz pela modificação das circunstâncias de prestação de cuidados, para compensar o isolamento social comum entre cuidadores de pacientes restritos ao domicílio. - Apoio psicológico para os cuidadores também devem ser prestados por profissionais de saúde, que cuidam do paciente. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Belo Horizonte, 2015.

O estudo E1, revelou que a tensão entre os cuidadores tendia a persistir até um ano após o diagnóstico do paciente, acarretando em maiores informações sobre a doença ao longo do tempo. No estudo E3, os transtornos depressivos estavam presentes no início do estudo para a minoria dos cuidadores e a taxa permaneceu estável, independente do prognóstico do paciente (ventilação mecânica por traqueostomia ou morte).

No Estudo E1, a maior tensão se relaciona aos cuidadores do gênero feminino e naqueles cujos pacientes foram submetidos à traqueostomia há menos de 14 meses. No estudo E2, observou-se que sentimento semelhante (estresse) também foi mais evidenciado em cuidadores do gênero feminino.

No estudo E1, embora a grande maioria dos cuidadores não quisesse falar sobre a possibilidade de morte do paciente, mais da metade deles pensaram sobre o assunto, sugerindo que a prestação de cuidados era permeada pelo medo. Observa-se também, que embora 84% dos cuidadores tenham relatado algum tipo de angústia psicossocial, por parte dos pacientes, apenas 30% assumiram vivenciar problemas semelhantes. No estudo E3, o nível de angústia dos cuidadores diminui ao longo do tempo, especialmente naqueles cujos pacientes foram submetidos à traqueostomia. Acredita-se que tal fato esteja associado às alterações importantes nas circunstâncias que geravam a angústia do cuidador.

O estudo E1 revelou que a cronicidade da doença não reduziu a necessidade de maiores informações, especialmente entre os cuidadores com menos de 59 anos e naqueles cujos pacientes necessitavam de ventilação mecânica. Acredita-se que tal fato possa estar, neste caso, às potenciais dificuldades técnicas relacionadas ao equipamento e, naquele caso, à busca de conhecimento sobre novas possibilidades de tratamento.

A presença de sentimentos de repugnância e angústia em alguns cuidadores, do estudo E1, foi permeada por sentimento de culpa, tendo em vista as boas relações conjugais que os mesmos possuíam com os pacientes antes do procedimento da traqueostomia. No estudo E2, a culpa estava relacionada à progressão da doença.

Apesar do relato de relações sociais e atividades de lazer ao lar livre restritas, pelos cuidadores do estudo E1, e problemas relacionados à assistência pelos cuidadores do estudo E2, os estudos evidenciaram que os cuidadores se sentem melhor ao cuidar dos pacientes. No estudo E3, os cuidadores com sintomas depressivos não relataram satisfação na prestação dos cuidados.

No estudo E2, os cuidadores relataram aumento da sobrecarga de cuidados à medida em que a doença progredia. Tal relação, no entanto, não foi observada no estudo E3.

Os estudos E1 e E2, apontaram a importância das informações sobre a doença e os cuidados com a traqueostomia como estratégias para enfrentamento das dificuldades na assistência do paciente traqueostomizado. O apoio psicológico, não apenas para os pacientes traqueostomizados, mas também para os seus cuidadores, foi considerado fundamental nos estudos E2 e E3. Este último estudo ainda mencionou ser essencial a modificação das circunstâncias de prestação dos cuidados, como as reuniões de familiares e de amigos, para compensar o isolamento social dos pacientes e cuidadores restritos ao domicílio, reduzindo problemas de origem emocional.

8 DISCUSSÃO

A prestação de cuidados é importante componente no manejo dos pacientes submetidos à traqueostomia, seja ela temporária ou definitiva.

O desenvolvimento de habilidades específicas no cuidado com a traqueostomia, no entanto, ainda constitui desafios para a equipe de enfermagem e pode ser assustador para os cuidadores leigos que se tornam responsáveis por esta assistência, a partir da alta hospitalar (KROUSE *et al.*, 2004).

Segundo Loerzel e Crosby (2014), o tratamento para algumas doenças, dentre elas aquelas cujos pacientes são submetidos à traqueostomia, requerem alto nível de envolvimento do cuidador e o desenvolvimento de habilidades técnicas específicas

Neste contexto, os cuidados ao traqueostomizado passam a ser permeados por inseguranças e medos, levando posteriormente a cuidados inadequados ao paciente, aumentando o risco de complicações e taxa de readmissão hospitalar. Além disso, a prestação de cuidados desta natureza pode afetar não apenas a vida psicossocial dos cuidadores, mas de todo o seu grupo familiar.

Estudos sugerem que a sobrecarga do cuidador pode ser diminuída por programas e serviços de intervenção, que o auxiliem no desenvolvimento de habilidades voltadas para o cuidado com a traqueostomia.

O envolvimento precoce em atividades de assistência ao paciente, bem como a educação suficiente, demonstrou ter efeito positivo sobre os cuidadores. Os que receberam informações e apoio, no início do tratamento do paciente, demonstraram maior confiança e segurança do sistema de saúde, tiveram menos necessidades e enfrentaram melhor as fases posteriores da doença do paciente (LOERZEL; CROSBY, 2014)

Para o *Institute for Patient and Family Centered Care* (2011), o compartilhamento de informações e o incentivo à participação de pacientes e seus familiares na tomada de decisão, são elementos fundamentais do cuidado centrado no paciente e na família.

Revisões de literatura sobre os sentimentos do cuidador, durante a assistência ao paciente adulto traqueostomizado, no entanto, demonstram escassez de estudos sobre este tema (LOERZEL; CROSBY, 2014; KROUSE *et al.*, 2004).

Verificou-se, a partir da estratégia de busca dos artigos, o período de oito anos entre a data da primeira e da última publicação de estudos, relacionados aos sentimentos do cuidador do paciente traqueostomizado. Duas publicações foram produzidas no ano de 2001 sobre o

tema e nenhuma outra nos últimos cinco anos. A estratégia de busca também não identificou publicação nacional e na área da enfermagem.

Embora diferentes estudos evidenciem sentimentos comuns entre os cuidadores de pacientes traqueostomizados, a falta de rigor metodológico e a presença de limitações dificulta o seu direcionamento para a prática clínica.

No estudo E1, os dados referentes aos sentimentos dos cuidados pré-traqueostomia não foram avaliados, impossibilitando a relação da angústia com o aumento da incapacidade do paciente, relacionado com a progressão da doença. O estudo E2, não faz distinção entre as dificuldades associadas ao uso da ventilação mecânica e as que resultam da deficiência causada pela natureza progressiva da doença. No estudo E3, além da amostra ser restrita aos pacientes de um centro de reabilitação e seus cuidadores, variáveis importantes como relação cuidador-paciente, antes do início da doença ou o impacto na autoestima dos cuidadores, não foram medidas.

A escassez dos estudos realizados e as fragilidades metodológicas dos estudos existentes, impossibilitam a construção do conhecimento científico, fundamentado na associação dos sentimentos do cuidador do paciente traqueostomizado, com o desenvolvimento das suas habilidades específicas para a o cuidado e a resistência ao processo de alta hospitalar.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática baseada em evidências possibilita a incorporação de resultados de pesquisa na prática clínica. Neste contexto, a revisão integrativa foi utilizada como método para busca de evidências científicas sobre os sentimentos do cuidado na assistência ao paciente adulto traqueostomizado, permitindo reunir e sintetizar o conhecimento já produzido sobre o tema.

A elaboração desta revisão integrativa permitiu concluir que, além de escassos, os estudos voltados à identificação dos sentimentos do cuidador, durante a assistência do paciente traqueostomizado, carecem de rigor metodológico, constituindo-se de evidências fracas para a elaboração de recomendações para a prática clínica.

O presente estudo mostrou a necessidade de maiores investigações sobre o tema na área de enfermagem. Sugere-se, portanto, o desenvolvimento de pesquisas clínicas que analisem os sentimentos do cuidador do paciente adulto traqueostomizado, com base em delineamentos do tipo experimental que contribuam para melhor qualidade de vida para o paciente e seus cuidadores, especialmente quando estes constituem peças-chave na continuidade dos cuidados, fora do ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Saúde. Brasília, 2013. Disponível em:

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário [Oficial] da União**. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BROME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing**: foundations, techniques and applications. 2. ed. Philadelphia: W. B Saunders Company, 2000. cap. 13. p. 231-50. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/238248432_Integrative_literature_reviews_for_the_development_of_concepts>. Acesso em: 05 dez. 2015.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Combater a desigualdade**: da evidência à ação. Ordem dos Enfermeiros, 2012. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2015.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 115-8, 2003.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

DURBIN, C. G. Traqueostomy: why, when and how? **Respiratory Care, Irving**, v. 55, n. 8, p. 1056-68, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20667153>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

FERRARIO *et al.* Caregiver strain associated with tracheostomy in chronic respiratory failure. **Chest Journal**, v. 119, n. 5, p. 1498-502, 2001. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11348959>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 327-30, Brasília, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a14v59n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. A busca das melhores evidências.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, n. 37, v. 4, p. 43-50. São Paulo: 2003.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSS, L. A. A prática baseada em evidências; considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5. p. 690-5, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing ressource. **Research in Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

INSTITUTE FOR PATIENT-AND FAMILY-CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: how to get started**. Bethesda, 2011. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2015.

KROUSE, H. J. *et al.* Impact of tracheostomy or laryngectomy on spousal and caregiver relationships. **Head and Neck Nursing**, v. 22, n. 1, p. 10-25, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/April_Vallerand/publication/8690310_Impact_of_trach_eostomy_or_laryngectomy_on_spousal_and_caregiver_relationships/links/00463520fe5a40cef6000000.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2015.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

LOERZEL, V. W.; CROSBY, W. W. Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 5, p. 522-7, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25253106>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MARSICO, P. S.; MARSICO, G. A. Traqueostomia. **Pulmão**, v. 19, n. 1-2, p. 24-32. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2010/n_01-02/06.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

MENDES, S. D. S.; SILVEIRA, R.C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 30 nov. 2015.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 445-9. São Paulo 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000400039&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 nov. 2015.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 22, v. especial – 70 anos, p. 880-1. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000700007&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 nov. 2015.

PEDROLO, E. *et al.* A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 760-3, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16396/10875>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

PEDROSA, K. K. A. *et al.* Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 733-741, 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/40768/26737>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

PIMENTA, C. A. *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. **COREN-SP**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

RABKIN, J.G. *et al.* How common is depression among ALS caregivers? A longitudinal study. **Amyotroph Lateral Sclerosis**, v. 10, n. 5-6, p. 448-55, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2888701/>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

RICZ, H. M. A. *et al.* Traqueostomia. **Revista Medicina**, v. 44, n. 1, p. 63-69, Ribeirão Preto 2011. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>>. Acesso em: 20 maio 2015.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. A. C. Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 5 dez. 2015.

SILVA, L. M. G.; BRASIL, V. V.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; SAVONITTI, B. H. R. A.; SILVA, M. J. P. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 52- 58. Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman**: a busca de evidências (dissertação). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15082007-153503/pt-br.php>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2015.

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

STETLER, C. B.; MORSE, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J.; GIULIANO, K.; HAVENER, P., SHERIDAN, E. A. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 195-206. Philadelphia, 1998. Acesso em: 30 nov. 2015.

TEDDE, M. L. et al. Traqueostomia: indicações, técnicas e cuidados no adulto. In: SANTOS, V. L. C.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu, 2015. p.153-166.

UCHÔA, S. A.; CAMARGO JR., K. R. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou em evidências? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2241-49, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a38v15n4.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

VAN KESTEREN, R. G.; VELTHUIS, B.; VAN LAYDEN, L.W. Psychosocial problems arising from home ventilation. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 80, n. 6, p. 439-46, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11399005>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

VARGAS, M. A. O; LUZ, A. M. H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 1, p. 23-7, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5/6>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| PUBLICAÇÃO | |
|--|---|
| Código do artigo | |
| Base de dados | <input type="checkbox"/> COCHRANE <input type="checkbox"/> COLECIONA SUS <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> SCIELO |
| Título do periódico | |
| Volume/Nº do periódico | Volume: _____ Número: _____ |
| Título do artigo | |
| Ano de publicação | |
| Idioma | <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Espanhol |
| Número de autores da pesquisa | <input type="checkbox"/> 1 autor <input type="checkbox"/> 2 autores <input type="checkbox"/> 3 autores <input type="checkbox"/> 4 autores <input type="checkbox"/> Mais de 4 autores |
| Nome dos autores | |
| Profissão do primeiro autor | <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro Estomaterapeuta <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Titulação do primeiro autor | <input type="checkbox"/> Graduando <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> Doutor <input type="checkbox"/> Pós Doutor |
| PESQUISA | |
| Nível de Evidência do Estudo (segundo Stetler <i>et al.</i>) | <input type="checkbox"/> Nível 1 <input type="checkbox"/> Nível 2 <input type="checkbox"/> Nível 3 <input type="checkbox"/> Nível 4 <input type="checkbox"/> Nível 5 <input type="checkbox"/> Nível 6 |
| País onde foi desenvolvida | |
| Objetivos | |
| Caracterização dos participantes (cuidadores) | Número: <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> Profissionais <input type="checkbox"/> Leigos Grau de parentesco: _____ |
| Caracterização dos pacientes | <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Idosos <input type="checkbox"/> Meia idade <input type="checkbox"/> Não informado Motivo da Traqueostomia: _____ <input type="checkbox"/> Não informado |
| Coleta de dados | <input type="checkbox"/> Entrevista aberta <input type="checkbox"/> Entrevista semiestruturada <input type="checkbox"/> Oficinas <input type="checkbox"/> Grupo Focal <input type="checkbox"/> Dinâmica de Grupo <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Método do estudo | <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Observacionais: ___ Coorte ___ Transversal ___ Caso controle <input type="checkbox"/> Estudos Clínicos: ___ Randomizado ___ Não randomizado ___ Randomizado controlado <input type="checkbox"/> Não informado |
| Resultados/Categorias de análise interpretativa | |
| Sentimentos do cuidador ao assumir a assistência do paciente traqueostomizado | |
| Proposta para enfrentamento da dificuldade de assistência ao paciente traqueostomizado | |
| Limitações do Estudo | |