

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE

MISLÂNDIA DE MEDEIROS VALE

**CONDUTAS DOS ENFERMEIROS EM EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA
PERIOPERATÓRIA NA TRAQUEOSTOMIA**

MOSSORÓ/RN
2016

MISLÂNDIA DE MEDEIROS VALE

**CONDUTAS DOS ENFERMEIROS EM EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA
PERIOPERATÓRIA NA TRAQUEOSTOMIA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Livia Helena Moraes de Freitas.

MOSSORÓ/RN
2016

MISLÂNDIA DE MEDEIROS VALE

**CONDUTAS DOS ENFERMEIROS EM EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA
PERIOPERATÓRIA NA TRAQUEOSTOMIA**

Monografia apresentada pela aluna Mislândia de Medeiros Vale do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Lívia Helena Moraes de Freitas (FACENE/RN)
Orientador

Prof^a. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
Membro

Prof^o. Me. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)
Membro

A Deus, pela graça de ter me permitido concluir este trabalho. Aos meus pais, que com muito carinho e amor não mediram esforços para me apoiar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, que com sua infinita benignidade e seu infinito amor até aqui tens me sustentado e me ajudado, apesar de todas as dificuldades que surgem, o Senhor sempre permanece fiel para comigo! O teu amor é incomparável, grande como nenhum outro, tornando-se assim impossível de ser medido ou calculado.

Aos meus pais, Elândia e Moacir pelo amor incondicional e apoio constante, certamente, os meus agradecimentos não serão suficientes para expressar o amor, a admiração e a gratidão que tenho pelos senhores. É difícil imaginar quantas vezes vocês renunciaram as suas vontades para dedicar-se as nossas. Não tenho palavra melhor para defini-los nesse momento: heróis. O diploma, no qual receberei em mãos, é tão de vocês quanto nosso. Obrigada por tudo! Amo muito, muito vocês, porque são verdadeiros, especiais e insubstituíveis em minha vida! A vocês, ofereço o mérito maior desta vitória!

A minha irmã, Micherlânia Medeiros, minha amiga, companheira fiel de todos os momentos e futura colega de profissão. Para a honra e a glória do Senhor, começamos e estamos aqui juntas concluindo a nossa graduação. Obrigada por tudo que fez e faz por mim, sabe o quanto te amo e lhe admiro!

A minha orientadora maravilhosa, Lívia Freitas por ter aceitado o convite e ter me transmitido tanta calma e segurança, com muita paciência me instruiu na construção deste trabalho. Por me incentivar a crescer e acreditar em mim, por ser esta excelente professora e profissional, cheia de amor, humildade, profissionalismo, a quem me espelho. Pelos momentos difíceis, o qual me procurava tranquilizar com palavras tão lindas e verdadeiras. Obrigada por tudo, você é muito especial para mim!

A professora mestre, Giselle Costa, que com suas valiosas contribuições enriqueceram esse trabalho, por exigir de mim muito mais do que eu supunha ser capaz de fazer, por transmitir seus conhecimentos e por fazer da minha monografia uma experiência positiva.

Ao professor mestre e coordenador do curso de Enfermagem, Thiago Enggle, por suas ricas contribuições em meu trabalho, por sua dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos meus tios, Conceição Medeiros, Edmar Medeiros e Edvaldo Medeiros, por todo o apoio, ajuda e disposição que sempre tiveram para conosco. O que vocês fizeram por nós poucos fariam, é um privilégio ter vocês em nossas vidas, que Deus recompense tudo o que vocês fizeram e fazem por nós, amo vocês!

Ao meu namorado, Vagner Medeiros, por todo o apoio, compreensão, dedicação e companheirismo de sempre, por me incentivar e acreditar em mim. Te amo!!!

A minha prima, Marília Nara, por toda ajuda, pela amizade verdadeira que nos une, pelas palavras doces, pelos gestos protetores. Amo-te!

A toda minha família, por compreender os meus momentos de ausência, pelo incentivo e colaboração, principalmente nos momentos de dificuldade, se prontificando a me ajudar em qualquer coisa que eu precisasse.

Aos meus amigos de faculdade e para toda a vida, Micherlânia Medeiros, Tayssa Nayara, Kaddigynna Argemiro, Raquel Costa, Gívilla Costa, Ana Célia, Raquel Pinheiro, Mozart Múcio, Gabrielly Carvalho, Danihelly Alves, Audiclaudia Pereira, Jaiana Alves, Kátia Moraes, Luane Caroline, por todo o apoio e ajuda que me fizeram crescer e admirar cada uma de vocês. Durante esses 4 (quatro) anos de graduação, convivi com vocês e hoje posso afirmar que ficará estampado o sorriso no rosto ao lembrar de cada uma de vocês, obrigada pelos momentos e aventuras compartilhadas juntas. Foram vocês, a turma, selecionada para ser lembrada por toda a minha vida. Obrigada, meus amores!

A Vanessa Camilo, por suas instruções que me ajudaram na construção da minha pesquisa. Obrigada pela paciência e colaboração!

A todos os professores e funcionários da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, mas não poderia deixar de mencionar o querido Raimundo "amigo Rai", por toda colaboração, incentivo e paciência de sempre aguardar os alunos de Upanema saírem à noite para poder fechar a faculdade.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste sonho, o meu muito obrigada!

“Porque dele, e por ele, e para ele são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.”
(Romanos 11:36)

RESUMO

A traqueostomia é uma intervenção cirúrgica que consiste na realização de uma abertura na parede anterior do pescoço para facilitar a passagem de ar aos pulmões devido a alguma intercorrência durante seu percurso de trajeto natural. Assim como outros procedimentos cirúrgicos a traqueostomia não é desprovida de complicações. No perioperatório, o Enfermeiro é o principal mediador acerca das informações, cuidados e conhecimentos prestados ao paciente e sua família de forma oportuna. O objetivo geral desta pesquisa é analisar as condutas dos Enfermeiros em eventos adversos na assistência perioperatória de um paciente traqueostomizado em um Hospital Público do Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. E como específicos: caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados, verificar as condutas dos profissionais de Enfermagem sobre os eventos adversos de um indivíduo traqueostomizado em um perioperatório e identificar as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros frente às adversidades ocorridas com pacientes traqueostomizados. A metodologia proposta traz uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, e tem por local de coleta de informações o Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A população da pesquisa é composta pelos Enfermeiros do HRTM, sendo a amostra formada por 13 (treze) destes profissionais distribuídos entre os setores Pronto Socorro, composto por Repouso Masculino e Repouso Feminino; Centro Cirúrgico; Clínica Cirúrgica e Clínica Médica; Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Como instrumento de coleta de dados e informações, utilizamos a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo de Bardin. Em todo o processo houve o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais. Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa serão de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. O projeto foi aprovado pelo CEP sob número de protocolo: 55/2016 e CAAE: 54041216.7.0000.5179. Na análise dos resultados, percebemos que o perfil dos profissionais entrevistados é caracterizado pela predominância do sexo feminino na enfermagem, faixa etária entre 50 a 59 anos de idade, casadas, tempo de formação acadêmica entre 05 a 15 anos, tempo que trabalha na instituição do HRTM entre 21 a 40 anos, e que possuem outro vínculo empregatício. A pesquisa demonstra a preocupação, fragilidade e carência de conhecimentos e condutas da equipe de enfermagem em relação ao processo de traqueostomização dos pacientes. As dificuldades citadas pelos enfermeiros entrevistados diante das adversidades a estes pacientes baseiam-se na falta de recursos materiais para a realização adequada do procedimento, atualizações acerca da traqueostomia, preparo profissional da equipe de enfermagem. O estudo nos permitiu concluir que o enfermeiro deve estar em um constante processo de atualização, sendo de grande relevância a criação de um plano de cuidados voltado ao paciente traqueostomizado, uma atualização permanente e constante destes profissionais, educação em saúde para o paciente / família / cuidador.

Descritores: Enfermagem-cirúrgica. Perioperatório. Traqueostomia.

ABSTRACT

A tracheostomy is a surgical procedure that consists of making an opening in the anterior neck wall to facilitate the passage of air to the lungs due to some complications during its natural path. Like other surgical procedures, tracheostomy is not without complications. During the perioperative period, the nurse is the major mediator on the information, knowledge and care provided to patients and their families in a timely manner. The general objective of this research is to analyze the behavior of nurses in adverse events in the perioperative care of a tracheostomy patient in a public hospital in the city of Mossoró, Rio Grande do Norte state. The specific objectives are characterize the profile of the professionals interviewed, check the behavior of nursing professionals at adverse events of a tracheostomized person in a perioperative, and identify the difficulties faced by nurses in the face of adversities that have occurred with tracheostomy patients. The proposed methodology provides a qualitative, descriptive and exploratory research, and the site of gathering information is Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) in the city of Mossoró, Rio Grande do Norte state. The research population consists of nurses in HRTM, and the sample is composed by thirteen (13) of these professionals distributed among the Emergency sectors, composed by Male and Female rest; Surgery Center; Clinical Surgery and Medical Clinic; Intensive Care Unit (ICU). We used a semi-structured interview as an instrument to collect data and information. Data were analyzed through content analysis method proposed by Bardin. Throughout the process, there was the anonymity of interviewees, as well as the secrecy of confidential information. All expenses resulting from the feasibility of this research will be the whole responsibility of the associate researcher. The project was approved by the CEP under protocol number: 55/2016 and CAAE: 54041216.7.0000.5179. In analyzing the results, we realized that the profile of the professionals interviewed is characterized by the predominance of women in nursing, aged between 50 to 59 years old, married, with period of academic training between 05-15 years and working time in institution of HRTM between 21 to 40 years, besides having other employment. The research demonstrates the concern, weakness and lack of knowledge and nursing staff conduct regarding to tracheostomy process of patients. The difficulties of this surgical procedure, which were mentioned by those interviewed nurses, refer to the lack of material resources for the proper realization of the procedure, updates about tracheostomy and professional training of the nursing staff. The study allowed us to conclude that the nurse must be in a constant update process, and it is of great importance the creation of a care plan addressed to the tracheostomized patients, a permanent and constant updating of these professionals, health education for the patient / family / caregiver.

Descriptors: Nursing-surgical. Perioperative. Tracheostomy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização e problematização	11
1.2 Justificativa	13
1.3 Problema	14
1.4 Hipótese	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Contexto histórico da traqueostomia	16
3.2 Definição de Traqueostomia	16
3.3 Indicações e contraindicações da Traqueostomia	17
3.4 Técnica cirúrgica	18
3.5 Cuidados de enfermagem ao paciente traqueostomizado no Perioperatório	19
3.5.1 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no Pré-Operatório	20
3.5.2 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no Trans/Intra-Operatório	21
3.5.3 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no Pós-Operatório	21
3.6 Eventos adversos no pós-operatório	22
3.7 Ações do enfermeiro frente aos eventos adversos	24
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	27
4.1 Tipo de Estudo	27
4.2 Local da Pesquisa	27
4.3 População e amostra	28
4.4 Instrumento de coleta de dados	28
4.5 Procedimentos para coleta de dados	29
4.6 Análise e organização dos dados	29
4.7 Procedimentos éticos	30
4.8 Financiamento	30
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
5.1 Caracterização da amostra	32
5.2 Análise e discussão dos dados qualitativos	34
5.2.1 Principais eventos adversos encontrados em pacientes traqueostomizados... 34	
5.2.2 Conduta dos Enfermeiros mediante as intercorrências	35
5.2.3 Principais fatores de risco atribuídos a Traqueostomia	37
5.2.4 Atualizações e pesquisas acerca da Traqueostomia	38
5.2.5 Recursos de Enfermagem para lidar com pacientes traqueostomizados	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45

APÊNDICES A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
APÊNDICES B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	51
ANEXO A - CERTIDÃO	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e problematização

A Traqueostomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos, tendo sido praticado pela primeira vez há aproximadamente 3500 anos pelos antigos egípcios (NUNES, 2013).

Tornou-se popular na prática médica em 1850 na Europa, decorrente de uma epidemia de difteria, porém devido ao seu controle através de antibióticos e antitoxinas, a conduta entrou em desuso. A padronização do procedimento é atribuída ao médico americano Chevalier Jackson em 1909, com mínima modificação da técnica cirúrgica, até os dias atuais (BUSTAMANTE, 2011).

O termo Traqueostomia refere-se à intervenção cirúrgica de abertura da parte anterior do pescoço que dá acesso a traquéia com o espaço exterior, entre o 2º e 4º anel traqueal, através de uma cânula de metal ou plástico (VIANNA; PALAZZO; ARAGON, 2011).

É, uma técnica realizada para facilitar a chegada de ar aos pulmões devido a alguma obstrução do trajeto natural de vias aéreas e suporte ventilatório (GONÇALVES, 2012). Além disso, possui indicações para prevenção de lesões da via aérea superior e laríngea devido à prolongada intubação traqueal, via aérea inferior de acesso fácil e frequente para aspiração e remoção de secreções, rebaixamento do nível de consciência e severas alterações na fisiologia respiratória (NUNES, 2013).

A Traqueostomia é um método cirúrgico que deve ser realizado legalmente pelo médico. A equipe de Enfermagem possui respaldo legal por realização de troca da cânula de Traqueostomia (MARSICO; MARSICO, 2010).

É considerado um procedimento padrão e eletivo em pacientes criticamente enfermos, podendo ser realizada de forma cirúrgica convencional, em centro cirúrgico, ou mesmo na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) (SAKAE et al, 2010).

Os cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado em longo prazo devem ser não só apenas em contribuir para um prolongamento da vida do paciente, mas também intervir em medidas eficazes para atingir uma boa qualidade de vida. Dentre os cuidados ofertados por estes profissionais os que mais se destacam são:

manter a permeabilidade da via aérea; evitar infecção e favorecer a adaptação do doente à Traqueostomia (GONÇALVES, 2012).

Obrigatoriamente devem ser registrados todos os procedimentos a serem realizados ao paciente de forma clara e concisa com o objetivo de facilitar a leitura da informação, obtendo assim um valioso instrumento de trabalho (SAKAE et al, 2010).

Apesar de ser uma intervenção cirúrgica benéfica quanto ao acesso à árvore traqueobrônquica para aspiração e remoção de secreções, a mesma resulta em maior dificuldade de deglutição ao paciente, aumentando a broncoaspiração (RICZ et al, 2011). Não é desprovida de complicações quando comparada a outros procedimentos cirúrgicos (PASSOS; RAMOS, 2010).

As adversidades influenciam na qualidade de vida na medida em que interferem em seus aspectos físicos, sociais e psicológicos. Neste sentido, faz-se necessário que o Enfermeiro tenha um conhecimento técnico-científico e habilidades para o cuidar da pessoa traqueostomizada, a fim de evitar ocorrências severas (GONÇALVES, 2012).

Os riscos e os eventos adversos da Traqueostomia podem ser classificados em uma ordem de imediatos, podendo ser citadas hemorragia e perda da via aérea, à curto prazo, obstrução ou deslocamento da cânula e à longo prazo, problemas relacionados ao estoma, por exemplo estenose. Além disso, podem ser identificadas como complicações imediatas, precoces ou tardias (SILVA, 2014).

De acordo com as literaturas, o principal entrave é a hemorragia intra e pós-operatória, porém em menor frequência, complicações como pneumonia, redução do volume pulmonar, edema de língua, aumento de internações hospitalares em setores mais complexos e até mesmo óbitos. Outra considerável questão é a alteração do padrão respiratório devido ao desgaste da atividade muscular após o procedimento (NOGUEIRA; PEREIRA; TREVISAM, [2010?]).

A equipe de Enfermagem deve estar sempre atenta aos riscos a fim de promover conforto ao paciente e detectar precocemente os sinais de dificuldade, como também intervir de forma imediata (FERREIRA; CAVENAGHI, 2011).

O manejo de pacientes traqueostomizados se fundamenta na frequência em que se realiza o procedimento. A possibilidade de submeter o paciente a Traqueostomia relaciona-se diretamente com o tempo em ventilação mecânica, assim, um em cada dez pacientes com apoio mecânico de respiração por mais de

três dias em Unidade de Terapia Intensiva faz-se necessário o procedimento cirúrgico (MORALES; LANDERO; TELLÉS, 2014).

O referencial bibliográfico acerca dos dados epidemiológicos sobre Traqueostomia no Brasil incluindo o estado do Rio Grande do Norte é escasso. Têm-se dados diversificados da Traqueostomia no Brasil.

Quanto à distribuição de pacientes intubados e traqueostomizados, a relação de Ventilação Mecânica no Brasil mostra-se diferente frente a quatro estudos epidemiológicos, principalmente na frequência dos pacientes traqueostomizados (DAMASCENO et al, 2006).

Foi observado 41,5% dos pacientes ventilados com traqueostomia, em que este procedimento foi realizado em uma mediana de 13 dias após a intubação, Karazon et al., apresentaram frequência de 32% e uma mediana de 8 dias, e Esteban et al., relataram em seus três estudos frequências de 23%, 24% (mediana de 11 dias) e 2%. Frutos-Vivar et al., apresentaram em recente publicação, que dos 5081 pacientes com ventilação mecânica, 10,7% estavam traqueostomizados, com mediana de tempo de 12 dias (DAMASCENO et al, 2006, p.225).

Portanto, não foram detectadas as informações precisas acerca de dados epidemiológicos gerais e específicos, relativos ao perioperatório das Traqueostomias e suas possíveis complicações.

Nesse sentido, a Enfermagem possui conhecimento técnico-científico que deve ser disponibilizado ao paciente com excelência e eficiência, por meio de uma comunicação clara e objetiva, a fim de prevenir o surgimento de iatrogenias oriundas do serviço. Cabe ao profissional enfermeiro fornecer informações, conhecimento e habilidades sobre o procedimento cirúrgico, adaptando o paciente as suas novas condições e o tornando participante em sua recuperação cirúrgica (CASTRO et al, 2014).

1.2 Justificativa

A escolha pelo tema emergiu perante as experiências de estágios realizadas no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), no município de Mossoró/RN. Observou-se empiricamente a carência de cuidados adequados e especializados ao paciente traqueostomizado, aliado ao desejo de satisfazer a curiosidade, fato este que, impulsionaram a explorar essa temática.

O procedimento cirúrgico de Traqueostomia é de suma importância ao paciente que necessita de períodos prolongados de suporte ventilatório mecânico. Outras menos frequentes são as neoplasias, trauma e colapso traqueal. Faz-se necessário uma boa assistência de Enfermagem a fim de evitar complicações que possam intervir de maneira inapropriada no pós-operatório do indivíduo.

Apesar de promover enormes benefícios ao paciente, esta conduta deve ser realizada de forma apropriada e com técnica correta, promovendo uma recuperação onde os impactos prejudiciais no pós-operatório possam ser os mínimos possíveis.

A relevância desta pesquisa está justamente em contribuir no aperfeiçoamento do saber técnico-científico de acadêmicos e profissionais da área da saúde, no que se diz respeito a este procedimento cirúrgico. Assim como, servir como ferramenta de auxílio para compreensão do tema em estudo tanto para o paciente como para o cuidador.

1.3 Problema

Portanto, diante desse contexto pergunta-se: Qual a conduta dos profissionais de Enfermagem sobre eventos adversos no perioperatório aos pacientes traqueostomizados?

1.4 Hipótese

Os profissionais de enfermagem necessitam de capacitação para cuidar dos eventos adversos de um paciente traqueostomizado. A carência de conhecimento e habilidade dos profissionais torna-se um fator de risco para que possa ser obtido um eficaz prognóstico fato este determinante para a redução de complicações no cuidado pós-operatório.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as condutas dos Enfermeiros em eventos adversos na assistência perioperatória de um paciente traqueostomizado em um Hospital Público do Município de Mossoró, Rio Grande do Norte.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados.
- Verificar as condutas dos profissionais de Enfermagem sobre os eventos adversos de um indivíduo traqueostomizado em um perioperatório.
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros frente às adversidades ocorridas com pacientes traqueostomizados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto histórico da Traqueostomia

Desde a antiguidade, faz-se referência a um hieróglifo encontrado em uma pirâmide egípcia, simulando a realização do procedimento cirúrgico de Traqueostomia, que está entre os procedimentos cirúrgicos mais antigos realizados na antiguidade, com relatos de referências da técnica na Grécia no ano de 100 a.C. por Asclepíades (SILVA, 2014).

Até início do século XX a técnica era realizada em procedimentos de emergência para alívio imediato de disfunção mecânica ou fisiológica nas vias aéreas superiores (SILVA, 2014).

Na década de 40, com o surgimento da epidemia de poliomielite, o interesse pela técnica voltou a ser considerada quando um vasto número de indivíduos desenvolveu a paralisia respiratória. No início dos anos 60, com o surgimento da vacina Sabin, o procedimento entrou em desuso novamente (NUNES, 2013).

Ainda nessa época, tornaram-se como uma maior indicação os casos em que se exigiam uma ventilação artificial de longa duração para o tratamento de pacientes críticos, com uma perspectiva de intubação superior a 14 dias, bem como ao advento do surgimento de ventiladores com pressão positiva e as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (VIANNA; PALAZZO; ARAGON, 2011).

O relato do primeiro procedimento de Traqueostomia bem sucedida foi realizado pelo médico italiano Antônio Musa Brassavola em 1956, documentada em um paciente com “abscesso na garganta” que sobreviveu (MARSICO; MARSICO, 2010).

Nos dias atuais, a técnica permanece pouco inalterada, tendo sido padronizada no século XX (NOGUEIRA; PEREIRA; TREVISAM, [2010?]).

3.2 Definição de Traqueostomia

Com o avanço de técnicas e tratamentos de pacientes críticos, a Traqueostomia está amplamente difundida como um procedimento médico de relativa facilidade e rapidez, com técnicas bem estabelecidas e indicações precisas (RICZ et al, 2011).

A palavra Traqueostomia é derivada dos termos gregos *trachea* que quer dizer “artéria dura” e *tomia* “incisão”, se resulta na abertura da parede anterior da traquéia para introdução de uma cânula em seu interior com uma incisão entre o 2º e 4º anel traqueal, a fim de facilitar a entrada de ar aos pulmões, quando se tem alguma obstrução interrompendo a passagem de ar em seu trajeto natural (NOGUEIRA; PEREIRA; TREVISAM, [2010?]).

A traquéia é um órgão tubular do aparelho respiratório situado a frente do esôfago. Estende-se da borda inferior da cartilagem cricóide até a carina, é sustentada por anéis traqueais em forma de C em suas paredes anterior e lateral, ocupando uma posição mediana no pescoço(BUSTAMANTE, 2011).

Durante a realização do procedimento cirúrgico, as estruturas que serão encontradas em ordem de aparição, são: pele e tecido subcutâneo, platisma, musculatura pré-traqueal, eventualmente o istmo tireoideano, este situado entre o 1º e 2º anel traqueal, e a fáscia pré-traqueal (SOUZA; CASAS, 2007).

3.3 Indicações e contraindicações da Traqueostomia

Historicamente, a Traqueostomia foi desenvolvida com o objetivo de promover a desobstrução das vias aéreas. Todavia, tem sofrido modificações devido aos avanços técnicos que se tem obtido. Ela não é o procedimento de escolha para o manejo da desobstrução das vias aéreas, e sua principal utilização tem sido para os indivíduos que necessitam de suporte ventilatório mecânico com períodos prolongados (SOUZA; CASAS, 2007).

Sendo assim, as indicações para a Traqueostomia de acordo com as causas específicas, e para efeito didático são: obstrução mecânica das vias aéreas superiores (FREITAS, 2012), acúmulo de secreções traqueais, fragilidade da musculatura respiratória ou para tornar a via aérea pérvia em pacientes submetidos à intubação traqueal prolongada (RICZ et al, 2011).

Estudos relatam que a Traqueostomia é uma cirurgia que possui poucas contra-indicações, tendo como contraindicação relativa a presença de carcinoma laríngeo, devido à manipulação do tumor durante a Traqueostomia que poderá ocasionar um aumento de recorrência tumoral na região do estoma (BUSTAMANTE, 2011).

3.4 Técnica cirúrgica

Dá-se início ao procedimento com o posicionamento do paciente em decúbito dorsal, com os coxins sob os ombros e hiperextensão do pescoço. Logo após, é realizada a antisepsia e assepsia local, reparos anatômicos e administrada a anestesia no campo operatório (SOUZA; CASAS, 2007).

Geralmente, a Traqueostomia é realizada sob anestesia geral ou sedação, embora possa ser praticada com anestesia local (MARSICO; MARSICO, 2010).

Com isso, é feita a incisão da pele que pode ser longitudinal ou vertical, com 3 (três) a 5 (cinco) centímetros, iniciando-se da borda inferior da cartilagem cricóide em direção ao osso esterno, como também pela forma transversal ou horizontal, que abrange desde a linha média da borda inferior da cartilagem cricóide até a fúrcula esternal, fazendo paralelo das linhas de tensão da pele do pescoço (RICZ et al, 2011).

Posteriormente, é realizada a dissecação dos planos de músculos traqueais para a exposição da traquéia, em seguida, é inserida a cânula, realizado a sutura e reparo, e fixação da cânula (SOUZA; CASAS, 2007).

Quanto ao tempo apropriado para sua realização, a Traqueostomia classifica-se em procedimento de urgência, ou seja, quando o paciente necessita de uma intervenção cirúrgica rápida, estando relacionada aos casos de insuficiência respiratória, traumas graves da face ou da laringe, entre outros casos. E eletiva, que corresponde à realização do procedimento em centro cirúrgico de forma convencional, ou mesmo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em ocasiões como a troca de cânula do traqueostomo e troca de intubação endotraqueal para Traqueostomia (RICZ et al, 2011).

É sabido que as complicações de Traqueostomia realizada de urgência são de duas a cinco vezes maiores quando comparada as eletivas (SAKAE et al, 2010).

Assim, a realização do procedimento deve ser feita preferencialmente em centro cirúrgico por possuir instrumentos e materiais adequados, anestesia, boa iluminação, equipe de enfermagem especializada e equipe cirúrgica preparada (RICZ et al, 2011).

Recomenda-se a troca do tubo endotraqueal pela cânula de Traqueostomia quando o paciente permanece intubado por mais de sete dias e não se há uma perspectiva de retirada do tubo. Desta forma, a intubação deve ser convertida em

Traqueostomia o mais precoce, a fim de prevenir maiores complicações como infecção, estenose, processos inflamatórios laríngeos, traqueomalácea, entre outros (RICZ et al, 2011).

A cânula endotraqueal deve ser introduzida cuidadosamente, a fim de evitar possíveis lesões ou sangramentos em suas estruturas locais, bem como possíveis trajetos falsos para o mediastino superior (MARSICO; MARSICO, 2010).

Existem dois tipos de cânulas traqueais, são elas: Cânulas plásticas revestidas de tubo cilíndrico curvo, confeccionada de silicone e náilon, que variam de tamanho 6 (seis) a 10 (dez), devendo ser descartadas após seu uso (PASSOS; RAMOS, 2010). São indicadas quando o paciente mantém-se em ventilação mecânica e também quando existe risco de aspirar secreções da orofaringe (RICZ et al, 2011).

Por serem transparentes enrijecem com o tempo e perdem sua curvatura com o uso repetido. Entretanto, permite a visualização de secreções facilitando assim a sua higienização. A primeira troca é habitualmente realizada após sete dias, caso seja necessário manter a cânula portex (SILVA, 2014).

Existem também as Cânulas metálicas de tubo cilíndrico curvo, devendo ser esterilizadas em autoclave após seu uso, e são indicadas para pacientes que necessitem apenas da Traqueostomia para manutenção da permeabilidade da via aérea sem previsão de ventilação mecânica (PASSOS; RAMOS, 2010).

A escolha do tipo e tamanho da cânula é feita mediante alguns fatores como dimensões da traquéia, resistência e presença se secreções das vias aéreas superiores, necessidade de ventilação mecânica e presença de distúrbio de deglutição (SILVA, 2014).

3.5 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no perioperatório

A assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem pode se dar de forma direta ou indireta, ou seja, o enfermeiro poderá executar os procedimentos e cuidados ao paciente, ou atuar indiretamente na equipe que realiza os procedimentos e manipula o paciente traqueostomizado (SILVEIRA; OLIVEIRA; MARTINS, 2013).

Dessa forma, os cuidados de Enfermagem devem ser embasados em cuidados humanitários, ciência, espiritualidade e inovações permanentes, além

disso, devem fundamentar-se nos aspectos de sua vida biológica, psicológica, social e o espiritual (FREITAS, 2012).

Por meio de uma avaliação inicial e sistemática ao indivíduo, o enfermeiro deve fornecer informações, conhecimentos e habilidades sobre o procedimento cirúrgico que serão de grande valia ao decorrer de todo o processo tanto para o paciente quanto para a família (CASTRO et al, 2014).

Quando bem orientada, a família ajuda de forma significativa a recuperação do paciente, este que por algum motivo pode ser encontrado bastante debilitado por causa de sua alteração da imagem corporal pela presença do traqueóstomo (SILVEIRA; OLIVEIRA; MARTINS, 2013).

3.5.1 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no Pré-Operatório

Na fase pré-operatória o Enfermeiro é responsável pelo planejamento e implementação da assistência que será prestada ao paciente e a família, sendo esta classificada em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato (JORGE; POPOV, 2011).

O mediato consiste na internação até as 24 horas antes do procedimento cirúrgico e termina com a transferência do paciente para a sala de cirurgia, tendo como objetivo principal preparar o paciente psicologicamente e fisicamente para o ato cirúrgico. O imediato compreende as horas antes de dar início ao procedimento, e termina com o início da cirurgia (JORGE; POPOV, 2011).

Nessa fase, deve ser explicado sucintamente o procedimento cirúrgico ao paciente em uma linguagem de fácil entendimento, de forma clara e concisa, esclarecendo ainda os seus benefícios, riscos, complicações e cuidados, realização do exame físico céfalo-podálica, bem como, avaliação dos sinais vitais (CASTRO et al, 2014).

Verificar se foram coletadas as amostras de sangue para Gasometria arterial e outros exames diagnósticos exigidos pela instituição; solicitar o jejum; averiguar o formulário de consentimento se está devidamente assinado; fornecer apoio psicológico, pois nesse momento o paciente encontra-se debilitado (BOUNDY et al, 2004).

Compete ao Enfermeiro, ainda, paramentar o paciente e transportá-lo para a Sala de Operações em acesso venoso, explicar a importância dos movimentos

respiratórios estimulando-o a tossir, a fim de prevenir maiores complicações (BOUNDY et al, 2004).

3.5.2 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no Trans/Intra-Operatório

Na fase trans/intra-operatória deve ser prestada ao paciente uma assistência individualizada e sistematizada segundo as necessidades identificadas na fase pré-operatória. Assim, compreende o momento de entrada do paciente ao centro cirúrgico, até a sua saída da sala de operações e internação na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) (JORGE; POPOV, 2011).

Nessa fase, a Enfermagem pode fornecer segurança ao paciente, manter o ambiente asséptico, assegurar de que os equipamentos estejam em perfeito e bom estado de funcionamento, auxiliar no repasse de instrumentos e suprimentos cirúrgicos adequados ao cirurgião sob o campo cirúrgico e preenchimento da documentação apropriada (CRUZ, 2005).

O paciente é colocado em posição supina e/ou decúbito dorsal para ser administrada a anestesia geral, fazer uso de um rolo sobre o pescoço para hiperestender e preparar com a utilização de campos estéreis. Após inserção do tubo, um cateter de sucção deve está disponível no campo estéril (EWEN, 2007).

3.5.3 Cuidados de Enfermagem ao paciente traqueostomizado no Pós-Operatório

Por sua vez, o período pós-operatório, inicia-se com a admissão do paciente na SRPA até a sua alta hospitalar, bem como acompanhamento clínico ou ambulatorial, sendo este classificado em pós-operatório imediato, pós-operatório mediato e pós-operatório tardio (JORGE; POPOV, 2011).

O imediato consiste nas primeiras 24 horas da cirurgia, o mediato compreende às 24 horas após o ato cirúrgico até a alta hospitalar, e o tardio inicia-se após a alta hospitalar e dura até o momento em que o paciente necessite de um cuidado especial (JORGE; POPOV, 2011).

Nessa fase, o paciente requer uma avaliação e monitorização contínua, mudança de decúbito a cada duas horas para evitar acúmulo de secreções

traqueais. De acordo com a técnica, realizar a aspiração de secreções para remoção de secreções traqueais (BOUNDY et al, 2004).

Após estabilização dos sinais vitais o paciente, é colocado em posição semi-Fowler para facilitar a sua ventilação, promover a drenagem, minimizar o edema, evitar tensão sobre as linhas de sutura (CRUZ, 2005).

Atentar para os cuidados cotidianos de prevenção de infecções, oxigenação e umidificação do ar inalado, analgesia e agentes sedativos devendo ser administrados com cautela por causa do risco de suprimir o reflexo da tosse, assegurar a higiene da cavidade oral e corporal, e maneiras alternativas de comunicação não verbal (FREITAS, 2012).

Deve-se ressaltar que o cuidado da auto-imagem comprometida, caracteriza umas das especificidades dos cuidados de Enfermagem (FREITAS, 2012).

Assegurar técnicas alternativas para auxiliar a comunicação do paciente, por meio de tecnologias educacionais que incentive a sua utilização, incentivando também o envolvimento da família (CASTRO et al, 2014).

Em geral, uma compressa de gazes estéreis é colocada envolta ao tubo e a pele para absorver a drenagem e evitar a infecção. De acordo com a técnica asséptica, deve ser realizada a troca de curativo a cada quatro horas ou sempre que necessário, observando os sinais flogísticos ou possíveis alterações, e trocar o cadarço sempre que se encontrar sujo (BOUNDY et al, 2004).

Orientar o paciente e a família quanto à alta hospitalar e seus devidos cuidados domiciliares como: evitar exposição da cânula a poeira, perfumes, fumaça, entre outros. Deve-se usar uma cobertura para o estoma, evitar uso de adornos próximo ao pescoço. Ao tomar banho de chuveiro ou banheira, cobrir a cânula para evitar a entrada de água pela mesma. É importante cobrir a Traqueostomia quando tossir, falar ou espirrar, e não fumar ou utilizar qualquer tipo de produto à base de tabaco (EWEN, 2007).

3.6 Eventos adversos no pós-operatório

Definem-se como eventos adversos as complicações indesejadas decorrentes da atenção à saúde, não atribuídas à evolução natural da doença de base (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

As complicações podem ser divididas em intra/trans-operatória e pós-operatória, sendo estas precoces ou tardias (MEDINA, 2010).

As adversidades intra-operatórias englobam o sangramento, parada cardio-respiratória, pneumotórax, pneumomediastino, laceração da tireóide, lesão traqueal, esofágica, localização incorreta da cânula (MARSICO; MARSICO, 2010).

As complicações precoces incluem o sangramento, geralmente corresponde à falha de hemostasia no local da incisão. Pneumotórax, em virtude da abertura na cânula de Traqueostomia que pode contribuir para a entrada de ar aos pulmões. Embolia gasosa, aspiração, enfisema subcutâneo, lesão do nervo laríngeo recorrente e penetração da parede traqueal posterior são outros exemplos de complicações (CRUZ, 2005).

As complicações tardias ocorrem após sete dias, com o trajeto fistuloso já formado. As principais são: tecido de granulação, estenoses traqueais, traqueomalácias, fístula tráqueo-inominada e fístula tráqueo-esofágica (MARSICO, 2010, p.6).

Os granulomas são formados ao redor da Traqueostomia ou na luz traqueal, predispondo a obstrução da via respiratória. A dificuldade na decanulação pode ser causada pelo edema e/ou granulomas (RICZ et al, 2011).

A estenose traqueal é seguida por um processo inflamatório e, posteriormente, estreitamento cicatricial do lúmen. É relativamente incomum, porém, todo paciente com história de intubação prévia ou Traqueostomia nos últimos dois anos, deve ser considerado casos suspeito (FERREIRA et al, 2010).

A traqueomalácia é a condição a qual a cartilagem das vias respiratórias não é formada corretamente ou não existe, e a perda estrutural causa colapso expiratório na via aérea. O tratamento se baseia no controle de infecções das vias aéreas respiratórias e secreções (MARSICO; MARSICO, 2010).

Geralmente, a fístula tráqueo-inominada está associada à Traqueostomia realizada abaixo do terceiro anel traqueal e, apresenta como sinais clínicos a hemoptise e/ou hemorragia ao redor da Traqueostomia (MARSICO; MARSICO, 2010).

A fístula traqueoesofágica resulta da pressão exercida pelo balonete da cânula na parede posterior da traquéia sobre a sonda nasogástrica rígida

posicionada no esôfago. Alguns pacientes que mantêm a alimentação por via oral, se queixam de disfagia (RICZ et al, 2011).

As complicações em longo prazo podem ainda englobar a obstrução da via aérea em virtude do acúmulo de secreções ou potrusão do balão sobre a abertura do tubo, infecção, disfagia, necrose e isquemia traqueal (CRUZ, 2005).

A obstrução da cânula com secreções pode ser evitada através das aspirações freqüentes e umidificação dos gases, podendo progredir para uma nova complicação que é a estenose traqueal, será a obstrução da região interna da traquéia (RICZ et al, 2011).

Embora a Traqueostomia seja um procedimento potencialmente contaminado, a infecção ao redor é pouco freqüente. O tratamento é feito através de antibióticos e limpeza cirúrgica na ferida operatória (MARSICO; MARSICO, 2010).

A necrose e isquemia traqueal estão relacionadas ao tempo de intubação a qual está submetido o paciente, causando assim alterações que agredem diretamente à mucosa traqueal (MEDINA, 2010).

3.7 Ações do Enfermeiro frente aos eventos adversos

Mediante os avanços tecnológicos que vêm ocorrendo nos equipamentos hospitalares, faz-se necessário uma qualificação dos enfermeiros para prestar uma melhor assistência ao paciente, bem como a atualização contínua da equipe de saúde para um melhor manuseio dos materiais/equipamentos, imprescindíveis ao bom funcionamento do setor (MEDINA, 2010).

No período trans-operatório cabe ao enfermeiro preparar o material necessário para a realização do procedimento cirúrgico de forma ordenada, assegurar esterilização eficaz, inspecionar para detectar possíveis imperfeições, realizar contagem dos instrumentos/materiais antes e após o procedimento, manuseá-los com delicadeza e destreza, a fim de evitar complicações desnecessárias ao paciente (SILVEIRA; OLIVEIRA; MARTINS, 2013).

Ainda, compete ao enfermeiro assegurar de que o paciente esteja devidamente paramentado e monitorado, com o objetivo de ser realizado com êxito o procedimento e/ou intervir precocemente diante as adversidades (CRUZ, 2005).

Na fase pós-operatória o enfermeiro é responsável pelo repasse de informações e treinamento a sua equipe de técnicos, com a finalidade de que o

trabalho seja realizado com êxito proporcionando uma melhor assistência ao paciente, como também a sua família (FREITAS, 2012).

Quanto à periodicidade das aspirações, devem ser realizadas quando constatada o acúmulo de secreções, ocasionando obstrução do canal traqueal, impedindo a sua eliminação de forma espontânea, ou quando se fizer necessário (CRUZ, 2005).

É de suma importância prover e manter o pessoal de Enfermagem qualificado e adequadamente dimensionado para a realização de uma assistência apropriada, individualizada e mais qualificada ao paciente, fato este empregado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015).

A SAE é uma prática ou uma implantação usada para um planejamento, uma execução e avaliação do cuidado de Enfermagem, proporcionando um direcionamento que serve como norteador das ações da equipe, além de embasar e fundamentar cientificamente as ações do enfermeiro (ZANARDO; ZANARDO; KAEFER, 2011).

O Processo de Enfermagem (PE) desencadeia um cuidado seqüencial e de qualidade. É constituído de cinco etapas: Coleta de dados e exame físico, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação dos Resultados (BATISTA; LOPES; SILVA, 2012, p. 70).

Dando ênfase à segunda etapa do processo, define-se como Diagnóstico de Enfermagem a fase em que se deve ser interpretados os dados coletados e analisar de forma adequada para seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar os resultados pelo qual o enfermeiro é responsável (BATISTA; LOPES; SILVA, 2012).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) proporcionam uma linguagem única, possibilitando o entendimento e facilitando as tomadas de decisões quanto às intervenções necessárias a cada paciente, a partir da realização do Histórico de Enfermagem e do Exame Físico que é realizado diariamente por meio de técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta (SANTOS; FIGUEIREDO, 2010).

Segundo a literatura, os DE mais prevalentes a pacientes traqueostomizados entre 20% e 30%, estão relacionados à adaptação prejudicada do paciente em relação ao novo estilo de vida ou convivência (SANTOS; FIGUEIREDO, 2010).

Quadro 1 - EXEMPLOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA TRAQUEOSTOMIA

Risco para infecção relacionada com a perda da barreira protetora normal após a inserção do tubo de traqueostomia.

Comunicação verbal prejudicada, relacionada com a incapacidade de falar.

Desobstrução ineficaz das vias respiratórias relacionada ao acúmulo de secreções traqueobrônquicas e com a incapacidade de mobilizá-las.

Fonte: Janice Boundy et al (2004, p.926)

O processo de enfermagem possui como etapa a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, este por sua vez constitui-se em um instrumento utilizado pelo enfermeiro para facilitar na individualização do cuidado ao paciente, devendo ser atualizado diariamente mediante as mudanças do quadro clínico do paciente (GUIMARES et al, 2002).

Segundo a literatura, o plano de cuidados possui inúmeras vantagens na prática profissional para a enfermagem, por descrever a conduta que o paciente deverá receber e como poderá ser melhor executado, tornando a assistência de enfermagem mais personalizada, eficiente e significativa (GUIMARES et al, 2002).

Torna-se relevante o apoio psicológico ao paciente de modo a reconhecer que este se encontrará apreensivo quanto às decisões a tomar, e situações a enfrentar principalmente no que diz respeito à sufocação, incapacidade de se comunicar verbalmente, incapacidade de remover as secreções, aspiração desconfortável, dificuldade na respiração ou falha mecânica (NETTINA, 2007).

Assim como o paciente, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento de humor, sentimentos e mudança na aparência do paciente. A situação do paciente se constitui de estresse permanente, sofrimento interno, elevação da ansiedade, medos do desconhecido (NETTINA, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa, com o intuito de oferecer um maior conhecimento acerca do tema proposto.

Na pesquisa exploratória torna-se visível o propósito de proporcionar maior conhecimento com o problema existente, tornando-se como objetivo mais claro e explícito ou a estabelecer hipótese. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2010).

Segundo Gil (2007), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos para estudos posteriores, são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

A pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de um determinado grupo bem como busca identificar as possíveis relações entre as variáveis (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa é aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

4.2 Local da pesquisa

Utilizamos a pesquisa de campo com o objetivo de conhecer e/ou conseguir conhecimentos acerca de um problema que se procura uma resposta, a partir da observação de fatos e fenômenos que exigem controle adequado e para se determinar o que será coletado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A partir do conceito do que seja pesquisa de campo, o local de realização desta pesquisa foi o Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), o qual está localizado na Rua Grupo Hospital Tarcísio V Maia - s/n, CEP: 59600-971 no

Município de Mossoró/RN. É um hospital geral de médio porte, referência para toda a região Oeste do Estado, desempenhando a função de atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

A escolha do local deu-se pelo fato do HRTM ser o centro de referência em Mossoró e região, tendo, portanto, profissionais suficientes para uma pesquisa fidedigna.

4.3 População e amostra

População é definida como um conjunto de elementos que possuem determinadas características, enquanto que amostra é definida como subconjunto da população (RICHARDSON, 2010).

A população da pesquisa foi composta pelos Enfermeiros do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), sendo a amostra formada por 15 (quinze) destes profissionais divididos entre os setores Pronto Socorro (PS), composto por Repouso Masculino e Repouso Feminino; Centro Cirúrgico (CC); Clínica Cirúrgica e Clínica Médica; Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo 03 (três) em cada um destes.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: enfermeiros (ambos os sexos) que trabalham na instituição HRTM e que aceitaram a participação da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão utilizados foram: os enfermeiros que não se interessaram e/ou disponibilizaram em participar da pesquisa, férias, licença-maternidade ou licença médica. A amostra final ficou 13 (treze) enfermeiros.

4.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de escolha para esse estudo constituiu-se de uma entrevista semi-estruturada para agrupar informações sob a forma de auto-relato dos respondentes por meio da administração de perguntas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A entrevista semi-estruturada é um questionamento básico onde são apontados em teorias e hipóteses que estão relacionados com o tema da pesquisa.

A entrevista é utilizada por um roteiro onde antecipadamente é elaborado (MANZINI, 2003).

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a entrevista semi-estruturada é realizada por meio de perguntas abertas que dão ao entrevistador a liberdade para nortear as situações em qualquer direção que considere melhor para se chegar aos seus objetivos.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada por meio de forma escrita (APÊNDICE A), contendo perguntas objetivas e subjetivas, dividido em dois momentos: o primeiro contém a caracterização dos enfermeiros participante da pesquisa que trabalham no HRTM nos setores da Instituição e o segundo momento está relacionado à Traqueostomia e, em seguida, foram extraídas as principais idéias para serem analisadas e transformadas em informações.

Levando em conta a disponibilidade dos mesmos, nos turnos manhã, tarde ou noite, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN ao Hospital pesquisado.

4.6 Análise e organização dos dados

Conforme Marconi e Lakatos (2010), analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade e implica o exame sistemático dos elementos.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Desse modo, utilizamos como técnica a Análise de Conteúdo de Bardin sendo esta organizada em três fases: Pré-análise é a primeira fase e compreende a organização do material a ser analisada. A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias

e a identificação das unidades de registro. A terceira fase é composta por tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nesta etapa ocorre à condensação e o destaque das informações para a análise (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Nem todo o material de análise é susceptível de dar lugar a uma amostragem, e, nesse caso, mais vale abstermos-nos e reduzir o próprio universo (e, portanto, o alcance da análise) se este for demasiado importante (BARDIN, 2009, p.123).

4.7 Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação serão observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que haverá o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A pesquisa possui riscos mínimos, como: constrangimento e receio em responder aos questionamentos, no entanto, foram explicados os objetivos da pesquisa, assim como, foi possível contribuir para que haja um ambiente calmo e tranquilo durante a entrevista, diminuindo assim, os riscos da pesquisa. Os benefícios estão em analisar o conhecimento prático-teórico da enfermagem acerca do tema abordado e contribuir para o conhecimento científico através da divulgação da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP sob número de protocolo: 55/2016 e CAAE: 54041216.7.0000.5179, levando ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

4.8 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem

Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este tópico descreve os dados coletados no decorrer da pesquisa, organizando e discutindo os resultados por meio de uma análise de dados qualitativos para o alcance dos objetivos propostos.

Inicialmente a amostra era composta por 15 enfermeiros, mas devido aos critérios de exclusão, 02 (dois) enfermeiros não concordaram em participar da pesquisa, logo, obteve-se um total de 13 (treze) profissionais participantes da pesquisa.

Para manter a privacidade dos profissionais os nomes dos enfermeiros foram substituídos pela sigla “ENF”, seguido de numeração arábica sequenciada. Os enfermeiros foram identificados do ENF1 até o ENF13.

Os dados foram apresentados em forma de tabelas, seguido da análise e discussão, fixando o referencial teórico relacionado ao tema da pesquisa.

5.1 Caracterização da amostra

A coleta dos dados se deu por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada para se obter o perfil dos profissionais entrevistados, subdivididos em duas tabelas a seguir:

Tabela 1: Apresenta as variáveis dos profissionais entrevistados segundo o sexo, idade e estado civil, Mossoró/RN, 2016:

VARIÁVEIS	Nº	F (%)
Sexo		
Feminino	8	62%
Masculino	5	38%
Idade		
30-39 anos	4	31%
40-49 anos	1	8%
50-59 anos	6	46%
60-69 anos	2	15%
Estado civil		
Casada (o)	7	54%
Solteira (o)	5	38%
Divorciada (o)	0	0%
Outros	1	8%

Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Com relação ao sexo dos enfermeiros entrevistados percebe-se que 62% são predominantes do sexo feminino e 38% do sexo masculino, reafirmando que a enfermagem ainda se caracteriza por uma profissão de maioria feminina, porém já vem sofrendo alterações nessas estimativas nos últimos anos, concordando com a literatura.

A feminilização é uma característica forte do setor da enfermagem, mas que há uma presença crescente do contingente masculino na enfermagem, mostrando como uma tendência que veio para ficar (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Quanto à idade dos profissionais entrevistados, foi constatado que 46% possuem idade entre 50 a 59 anos, demonstrando que possui enfermeiros mais experientes.

De acordo com Rabenschlag et al (2015), a experiência profissional é apontada como fator positivo na gestão da qualidade na assistência de enfermagem, visto que, confere autonomia aos profissionais e auxilia no desenvolvimento de habilidades necessárias para o cotidiano de trabalho.

Acerca do estado civil dos participantes viu-se que 54% são casados, 38% solteiros, 0% são divorciados e 8% outros.

Tabela 2: Apresenta a caracterização dos profissionais entrevistados segundo especializações, tempo de formação acadêmica e mais de um vínculo empregatício:

VARIÁVEIS	Nº	F (%)
Especialização		
Urgência e emergência	3	23,1%
Gestão e gerência de hospital	3	23,1%
Docência no ensino superior	2	15,3%
Outros	5	38,5%
Tempo de formação acadêmica		
05-15 anos	6	46,2%
16-26 anos	2	15,3%
27-37 anos	5	38,5%
Tempo que trabalha na instituição do HRTM		
1-20 anos	6	46%
21-40 anos	7	54%
Outro vínculo empregatício		
Sim	11	85%
Não	2	15%

Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

No quesito especialização dos enfermeiros entrevistados, verifica-se que 23,1% possuem especialização em urgência e emergência, 23,1% em gestão e gerência de hospital, 15,3% em docência no ensino superior e 38,5% em outros.

Quanto ao tempo de formação acadêmica, podemos perceber que 46,2% possuem 05 a 15 anos, 15,3% tem de 16 a 26 anos e 38,5% apresentam 27 a 37 anos.

Com relação ao tempo em que trabalha na instituição do HRTM, foi constatado que 46% trabalham a 20 anos na instituição hospitalar e 54% a mais de 21 anos.

Em relação a outros vínculos empregatícios, podemos perceber que 85% possuem mais de um vínculo empregatício, enquanto que 15% não possuem, demonstrando que a enfermagem apresenta um grande entrave quanto à valorização de sua profissão, necessitando o enfermeiro para sobreviver possuir mais de um vínculo empregatício, devido a sua baixa remuneração, exaustiva carga de trabalho.

De acordo com França et al (2012), a enfermagem ainda é afetada diretamente em seus desempenhos de tarefas, relacionamento interpessoal, produtividade, qualidade de vida do indivíduo e da organização, extensa jornada de trabalho em condições, muitas vezes, desfavoráveis, e contato com situações limitantes.

5.2 Análise e discussão dos dados qualitativos

Foram criadas 05 (cinco) categorias que serão apresentadas a seguir, podendo ser observadas no formulário presente em apêndice A.

5.2.1 Principais eventos adversos encontrados em pacientes traqueostomizados

A principal complicação relatada na literatura é a hemorragia intra-operatória ou pós-operatória, seguida de obstrução da cânula por secreção, descanulação acidental, falso trajeto, infecção do estoma, enfisema subcutâneo e broncoaspiração, mesmo com a presença do *cuff* que é tido como um protetor dessa complicação (NOGUEIRA; PEREIRA; TREVISAM, [2010?]).

Ao perguntar sobre as principais complicações encontradas em pacientes traqueostomizados aos profissionais, pode-se observar a objetividade das respostas como fator inerente a literatura:

“Sangramento; Obstrução da cânula (traqueostomo); enfisema subcutâneo.” ENF5

“Os principais eventos adversos na minha prática se relacionam com infecções [...], obstruções por acúmulo de secreções [...].” ENF7

“[...] lembro-me de um caso, em que o paciente já era traqueostomizado há muito tempo, e a secreção já estava tão espessa, que foi necessário remover a cânula principal e realizar uma lavagem [...].” ENF3

“Entupimento da cânula por presença de crostas, saída acidental da cânula e risco de infecção.” ENF8

“Lesão traqueal por manuseio incorreto da cânula durante a limpeza, [...], saída acidental da cânula, risco de infecção.” ENF9

A saída acidental ou deslocamento da cânula de Traqueostomia, antes da maturação do trajeto fistuloso, representa risco elevado (MARSICO; MARSICO, 2010).

Esta afirmativa deve ser rigorosamente monitorizada para assegurar a segurança do paciente por meio de uma integração da equipe multidisciplinar, a fim de refletir uma assistência que apresente positividade para a qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente um aumento de sobrevida.

5.2.2 Conduta dos enfermeiros mediante as intercorrências

No perioperatório, o profissional enfermeiro é o principal mediador para o repasse de informações ao paciente e realização de cuidados a serem prestados mediante as intercorrências com pacientes traqueostomizados.

Sobre a opinião dos enfermeiros acerca das condutas mediante as intercorrências, podemos observar a freqüência de respostas dos enfermeiros sobre a aspiração de secreções como procedimento de cuidados em pacientes traqueostomizados:

“Aspirar o paciente com urgência, instilando SF 0,9% no traqueóstomo intercalando com a administração de O₂[...]” ENF1

“[...] aspiração de secreção, conforme os protocolos assistenciais, priorizando a segurança do paciente e a minha também.” ENF3

“[...] aspiro à cânula sempre que necessário por mais que seja o serviço da fisioterapia, porque não vou esperar o paciente ter uma complicação ainda maior.” ENF6

“[...] fluidificação e aspiração de secreções com técnica asséptica sempre que houver sinais de presença de secreções.” ENF7

Nota-se que os enfermeiros realizam o procedimento de aspiração de secreções para manutenção das vias aéreas permeáveis, mesmo sendo esta uma técnica a ser realizada pelo profissional fisioterapeuta mediante protocolo da instituição hospitalar, porém é de competência também do enfermeiro a realização desta conduta.

Segundo a literatura, a aspiração traqueal consiste na remoção de secreções dos pulmões pela cânula de Traqueostomia, de forma estéril, por meio de um sistema a vácuo, com o objetivo de manter as vias aéreas do paciente, permeáveis e livres de secreções. Deve-se aspirar primeiramente a cânula, depois a nasofaringe, e por fim, a cavidade oral (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2015).

Os enfermeiros são responsáveis também pelas informações e orientações que serão dadas a família e/ou acompanhante do paciente, de forma que suas individualidades sejam respeitadas (CASTRO et al, 2014).

Tanto o cuidador quanto o paciente traqueostomizado devem receber orientações de autocuidado para um melhor enfrentamento de seu humor, sentimentos e sua aparência. Os relatos a seguir demonstram essa experiência:

“Tranquilizo o paciente [...]” ENF8

“[...] oriento o paciente a como receber adequadamente a alimentação na sonda naso, porque é um corpo estranho para eles [...]” ENF6

“[...] orientações de auto cuidado ao paciente e acompanhante, [...] acolchoar de gazes o traqueóstomo para não lesionar a pele.” ENF9

“[...] verifico se o balão está na pressão exata, observo sinais flogísticos e oriento o acompanhante quando tenho tempo.” ENF10

Dos 13 (treze) enfermeiros participantes da pesquisa, somente 04 (quatro) citaram a importância de manter uma orientação com o paciente e o acompanhante, podendo ser observado a necessidade de apoio e educação em saúde que deveria ocorrer, fato este de grande relevância para obtenção de uma assistência de excelência ao paciente.

Segundo Castro et al (2014), a educação em saúde durante o processo de traqueostomização deve ser realizada em todas as situações possíveis, considerando os limites e necessidades do próprio paciente, como também de seus familiares e/ou cuidadores.

5.2.3 Principais fatores de risco atribuídos a Traqueostomia

Segundo Correia et al (2014), a Traqueostomia comporta alguns riscos de complicações, como hemorragia, infecção do estoma, pneumotórax ou pneumomediastino, lesão de estruturas vasculares ou nervosas, estenose traqueal, fístula traqueoesofágica. Silva (2014) cita ainda, perda da via aérea, obstrução da cânula por secreção, broncoaspiração e deslocamento da cânula como atribuições de risco a Traqueostomia.

Diante dessas afirmativas ao serem questionados quanto aos principais fatores de risco atribuídos a Traqueostomia foi destacado a seguir:

“Obstrução da cânula por secreção, [...] infecção, lesão do esôfago [...].” ENF2

“Infecção do sítio cirúrgico, hemorragia, lesão de esôfago [...].” ENF11

“Infecção, pneumotórax, broncoaspiração, estenose traqueal, [...].” ENF9

“Pneumotórax, [...] risco de infecção, lesão do esôfago, fístula, necrose [...].” ENF10

“Acredito que o principal, tanto no peri como no pós-operatório, é o risco de broncoaspiração [...]” ENF3

“Deslocamento da cânula, infecção da incisão.” ENF5

Pode-se observar a riqueza de similaridade entre as respostas dos entrevistados com a literatura, acerca dos fatores de riscos que podem ocorrer mesmo anos depois da remoção da cânula.

A reintrodução da cânula após deslocamento ou saída acidental com até 4-5 dias de traqueostomização pode ser difícil, pois ainda não há um trajeto bem estabelecido e o estoma pode fechar rapidamente, ainda, podendo ocasionar lesões, falsos trajetos e posicionamento incorreto no espaço pré-traqueal nas tentativas de reinserção da cânula (MARSICO; MARSICO, 2010).

Ainda o ENF5 relata sobre os possíveis fatores de risco ocasionados durante a inserção e manutenção do traqueóstomo:

“[...] são diversos os fatores de risco e estão presentes desde o procedimento de inserção do traqueóstomo. Na manutenção do mesmo, existem o risco de obstrução, contaminação que podem trazer repercussões sistêmicas.” ENF7

Ricz et al (2011) relatam que, antes de iniciar o procedimento de traqueostomia, é necessário checar alguns pontos que podem tornar o procedimento difícil e perigoso, como por exemplo, os parâmetros de coagulação, condições respiratórias do paciente e monitorá-lo com ao menos um oxímetro de pulso para conferir a saturação de oxigênio arterial.

Assim, esse processo requer uma forma de inserção e manuseio do traqueóstomo rigorosamente cuidadosa, a fim de promover maiores benefícios ao paciente, e assim poder minimizar o desencadeamento de maiores complicações na falta de cuidados adequados.

5.2.4 Atualizações e pesquisas acerca da Traqueostomia

Ao perguntar sobre a disponibilidade de meios de atualizações ofertados pela instituição nesta área, pode-se observar que os enfermeiros entrevistados desconhecem essa oferta:

“Se disponibiliza, desconheço [...]” ENF4

“Não há atualização nesta área, como também em outras [...]” ENF2

“Nesse tempo que trabalho no HRTM, não me recordo de nenhuma atualização específica em traqueostomia [...]” ENF3

“Há mais de 20 anos trabalho neste hospital e desconheço algum tipo de atualização nessa área [...]” ENF6

“Não sei dizer, se tem nunca fiquei sabendo [...]” ENF8

“Até então, não fiquei sabendo se há atualizações nesta área, ofertados pela instituição HRTM, vou até procurar saber [...]” ENF9

“Se tem nunca ouvi falar e/ou desconheço totalmente, [...]” ENF10

Nesta perspectiva, conforme o resultado oriundo desse estudo é possível observar que os profissionais entrevistados desconhecem a oferta de atualizações e pesquisas acerca da temática abordada, fato este que deveria ser realizada com a equipe multiprofissional por meio de vários mecanismos de atividades educativas e treinamento pessoal, a fim de promover estratégias de transformações no cenário da assistência.

Em contrapartida, com essas repostas 03 (três) dos enfermeiros entrevistados possuem de alguma forma conhecimento sobre a disponibilidade de meios de atualizações ofertadas pela instituição acerca desta temática:

“O NEEP sempre traz cursos de atualização nos diversos temas. [...]” ENF5

“Uma vez ou outra. [...]” ENF1

“A instituição tem um programa de Educação Permanente, porém não tenho conhecimento se essa temática já foi abordada. [...]” ENF7

De acordo com Jesus et al (2011), a educação permanente deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores por representar uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação.

Assim sendo, o conhecimento produzido a partir desta intervenção contribui para melhorar a compreensão da realidade abordada e para definir estratégias mais compatíveis com a necessidade e qualificação da equipe.

E quando perguntamos sobre a procura de outras fontes de conhecimento acerca deste tema, podemos observar que os entrevistados optam por praticamente as mesmas escolhas para meios de pesquisas, como se pode destacar a seguir:

“[...] procuro me atualizar através da internet.” ENF5

“[...] sempre que surge alguma dúvida pesquiso na internet.” ENF1

“[...] quando tenho tempo procuro ler na internet ou em livros.” ENF6

“[...] Quanto a procurar conhecimentos acerca do tema em outras fontes, o faço, movido especialmente pela necessidade de me manter atualizado, já que atuo também como formador/docente.” ENF7

“[...] como leciono, procuro está me atualizando em literaturas, internet e cursos online.” ENF9

“[...] procuro me atualizar em literaturas, internet e conversando com outros profissionais da área.” ENF10

Segundo a literatura, a enfermagem deve estar em um constante processo de atualização, sendo esta uma atividade primordial para modificação de hábitos e novos conhecimentos, a fim de estimular uma construção de pensamento crítico e promover o repensar das ciências e da ética (SILVEIRA; OLIVEIRA; MARTINS, 2013).

É notável a preocupação e participação dos sujeitos na busca de atualizar os conhecimentos em outras fontes acerca deste tema, na perspectiva de ampliar assim, a visão no mundo em que o profissional está inserido.

Segundo Wagner et al (2015), o enfermeiro e sua equipe é peça fundamental no cuidar, devendo estar em constante interação com o processo de educação em serviço, visando assim nortear suas ações para melhor atender as necessidades do paciente.

5.2.5 Recursos da Enfermagem para lidar com pacientes traqueostomizados

Em se tratando da atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente traqueostomizado, é primordial que haja uma assistência de excelência, tornando necessário que o enfermeiro e sua equipe tenham, além da fundamentação científica e de competência técnica, também conhecimento dos aspectos que levem em consideração os sentimentos e as necessidades de tais pacientes (CASTRO et al, 2014).

Mediante a necessidade de obter conhecimento quanto às condutas dos enfermeiros em eventos adversos na assistência perioperatória de Traqueostomia foi questionado aos enfermeiros entrevistados, se a equipe está devidamente preparada para lidar com pacientes traqueostomizados, incluindo recursos humanos, conhecimentos teórico-práticos e recursos materiais. De acordo com as repostas dos enfermeiros entrevistados, pode-se observar que nem sempre a equipe está preparada para tal acontecimento:

“Não considero a equipe de enfermagem preparada para o manejo do paciente traqueostomizado. Não raro, se percebe a quebra de princípios na execução das técnicas de manuseio. Só não sei ao certo se seria falta de conhecimento ou falta de compromisso com a prática. Quanto aos recursos deixam muito a desejar.” ENF7

“Possa ser que tenha individualmente pessoas preparadas, mas uma equipe não, muito menos os recursos.” ENF2

“Nem sempre. As equipes de UTI e centro cirúrgico são mais preparadas, já nas clínicas a maioria tem pavor. Os recursos são pouquíssimos, até faltam.” ENF5

“Eu acho que tenha alguém que não esteja preparado. Já trabalhei em equipe onde deixaram a desejar os cuidados adequados a esses pacientes. [...] o que dificulta mais ainda é a falta de recursos materiais para trabalharmos e cuidarmos melhor dos pacientes.” ENF10

“Existe sim equipe que não está preparada para lidar com pacientes traqueostomizados, já pude presenciar isso em alguns dos meus plantões. Os recursos materiais muitas vezes pedimos “emprestados” nos outros setores ou improvisamos, é chato mais a necessidade de salvar a vida do paciente é mais importante.” ENF6

“Em partes, porque é um paciente “delicado”, o qual pode apresentar complicações rapidamente, pelo potencial da condição da traqueostomia, em descompensar o organismo [...]” ENF13

Diante disso, verifica-se a preocupação e fragilidade da equipe de enfermagem em relação ao processo de traqueostomização dos pacientes. Existe a necessidade de organização e preparo dos profissionais para lidar junto aos pacientes/familiares/cuidadores.

É notável a falta de preparação da equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente traqueostomizado, fato este desafiador para a ação inerente a assistência baseada nas experiências profissionais da equipe de enfermagem, como também, na maneira não estruturada do fornecimento de recursos hospitalares (CASTRO et al, 2014).

No entanto, alguns dos enfermeiros entrevistados afirmaram que a equipe está preparada para lidar com pacientes traqueostomizados:

“Sim, no meu dia-a-dia posso observar que a equipe está devidamente preparada para lidar com paciente traqueostomizado, salvo exceções, quando os materiais deixam a desejar [...]” ENF1

“Acredito que a equipe, de modo geral, está preparada para lidar com a maioria desses casos, embora muitas vezes, a grande demanda do setor dificulte um pouco esse tipo de assistência. Mas, a maior dificuldade é em relação à estrutura [...] e a materiais [...]” ENF3

“As poucas vezes que acompanhei pacientes traqueostomizados, não senti dificuldade, nem presenciei dificuldade por parte da equipe para lidar com esses pacientes. Mas, se faz necessário repasse sobre o tema para melhorar o atendimento e mais segurança a equipe.” ENF4

A falta de recursos materiais é apontada como fator limitante ao cuidado, podendo isso provocar impacto prejudicial no processo de recuperação recorrente à hospitalização, porém como podem ser observados alguns dos profissionais entrevistados relataram que este desafio não interfere no processo de assistência que deve ser prestada ao paciente traqueostomizado.

A escassez de recursos materiais é reconhecida como um fator estressante, implicando na necessidade pela busca, gerando desgaste físico e mental, criando

assim um sentimento de impotência e frustração, pois ocasiona uma perda do tempo que deveria ser destinado à assistência (OLIVEIRA; PEDROSO, 2010).

Cabe salientar, que as relações interpessoais entre as equipes, a carência de preparo dos profissionais da saúde que tange aos princípios, o pouco tempo que estes profissionais possuem para se dedicar ao paciente e sua família devido às rotinas pré-estabelecidas, e a insuficiência de recursos materiais e humanos, dificultam no processo de humanização nos setores de uma instituição hospitalar.

O processo de humanização é amplo, lento e complexo, ao qual se oferecem resistência, devido às transformações dos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde despertando insegurança, pois envolve mudanças de comportamento (MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa abordou a conduta dos enfermeiros em eventos adversos na assistência perioperatória de traqueostomia em um Hospital Público no município de Mossoró, Rio Grande do Norte. Os objetivos sugeridos foram alcançados, o que proporcionou uma discussão extensa sobre o tema.

Na análise e discussões dos resultados os enfermeiros mostraram, diante dos questionamentos, a preocupação e fragilidade da equipe quanto à assistência prestada ao paciente traqueostomizado.

Mediante a grande importância de o enfermeiro estar sempre se atualizando a todas as áreas em que trabalha em específico a traqueostomia, faz-se necessário um maior acompanhamento de educação permanente a cerca dos cuidados a serem prestados a estes pacientes/família/acompanhante.

Logo, torna-se urgente a criação de um plano de cuidados voltados a traqueostomia, uma atualização permanente e constante, educação em saúde para pacientes e familiares, a fim de obter uma autonomia no cuidado domiciliar, sendo observado neste estudo que esse cuidado não recebe a sua devida valorização.

Para que haja um avanço de conhecimentos teórico-prático no sentido de se obter uma efetivação da educação permanente e capacitação condizente com a realidade dos profissionais de enfermagem e sua equipe, considera-se a necessidade de novos estudos voltados à temática.

A enfermagem é o principal mediador no processo de realizações de procedimentos, cuidados e minimizações de intercorrências ao paciente traqueostomizado, sendo para este muitas vezes assustador e com regras incompreensíveis, mas são nesses profissionais que eles buscam o auxílio de alívio para suas preocupações, dores, angústias e medos, depositando assim a sua confiança.

Este estudo tem como principal objetivo somar para o conhecimento deste campo de trabalho pouco explorado por pesquisas, mostrar para o pesquisador os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros na instituição hospitalar no que se diz respeito à assistência prestada ao paciente traqueostomizado mediante as intercorrências no perioperatório.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BATISTA, G. O. A.; LOPES, M. M.; SILVA, J. C. F. O Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrária e da Saúde**. São Paulo, v.16, n.1, p. 69-82. 2012.
- BOUNDY, J.; et al. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004. v.3.
- BUSTAMANTE, E. F. F. **Traqueostomias em UTI: Precoce ou Tardia**. 59f. Dissertação (Pós Graduação em Medicina) – Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB. Cuiabá/MT, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.
- CASTRO, A. P.; et al. Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.60, n.4, p. 305-313. 2014.
- CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. e Soc.** João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- CORREIA, I. A. M.; et al. Impacto da traqueostomia eletiva precoce nos doentes críticos. **Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**. v. 80, n.5, p. 428-434. 2014.
- CRUZ, I. C. F. Modalidades do Cuidado Respiratório. In: SMELTZER, S. C.; et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.1.
- DAMASCENO, M. P. C. D.; et al. Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.18, n.3, p.219-228, jul./set. 2006.
- EWEN, D. R. M. Cirurgia Laringológica de Cabeça e Pescoço. In: ALEXANDER. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- FERREIRA, S.; et al. Técnicas de dilatação broncoscópica e aplicação tópica de mitomicina C no tratamento da estenose traqueal pós-entubação - A propósito de dois casos clínicos. **Rev. Port. Pneumol**. v.16, n.1, p. 149-156. 2010.

FERREIRA, L. L.; CAVENAGHI, O. M. Traqueostomia Precoce no Desmame da Ventilação Mecânica. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v.9, n.6, p.432-436, nov./dez. 2011.

FRANÇA, F. M.; et al. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v.20, n.5, set./out. 2012.

FREITAS, A. A. S. **Os Cuidados Cotidianos aos Homens Adultos Hospitalizados com Traqueostomia por Câncer na Laringe.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 245f. Rio de Janeiro, 2012.

GIL, A. C. G. **Métodos e Técnicas:** Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, G. C. A. **Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área grande Porto.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP. 155f. Porto/Portugal, 2012.

GUEDES, D. M. B.; ROSSATO, L. M.; OLIVEIRA, E. A. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Enferm. UFSM.** São Paulo, v.5, n.3, p.476-485, jul./set. 2015.

GUIMARES, E. M. P.; et al. Utilização do Plano de Cuidados como Estratégia de Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Cienc. Enferm.** v.8, n.2, p. 49-58. 2002.

JESUS, M. C. P.; et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.45, n.5, p.1229-12236. 2011.

JORGE, D. B. R.; POPOV, D. C. S. Aspectos fundamentais da assistência de enfermagem ao transplante hepático. **Rev. Enferm. UNISA.** São Paulo, v.12, n.2, p. 142-147. 2011.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em foco.** v.3, n.3, p. 119-122. 2012.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada:** análise de objetos e de roteiros. 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7.ed. São Paulo:Atlas, 2010.

MARSICO, P. S.; MARSICO, G. A. **Traqueostomia.** Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 24-32. 2010.

MARTINS, M. C. F. N.; BERSUSA, A. A. S.; SIQUEIRA, S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública.** v.44, n.5, p. 942-949. 2010.

- MEDINA, C. E. R. **Tratamento Cirúrgico das Afecções Traqueais: Análise de 256 Casos Consecutivos**. 146f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.
- MORALES, J. L. C.; LANDERO, P. D.; TELLÉS, A. C. Manejo integral Del paciente com traqueostomia. **Neumol. Cir. Torax**. v.73, n.4, p.254-262, out./dez. 2014.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- NOGUEIRA, S. J. R.; PEREIRA, V. N. C.; TREVISAM, J. **O Uso da Traqueostomia em Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva**. Brasília, [2010?].
- NUNES, A. M. F. **Traqueostomia percutânea: O Valor da Broncoscopia e da Ecografia Cervical como Métodos Auxiliares**. 51f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Portugal, 2012/2013.
- OLIVEIRA, Q. G.; PEDROSO, M. A. Estresse: Risco para os enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. UNISA**. v.11, n.2, p.131-133. 2010.
- PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. Wey. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.44, n.2, p. 287-294. 2010.
- PASSOS, J. B.; RAMOS, P. C. **Perfil da Traqueostomia em Pacientes Internados no Hospital Universitário São Francisco**. 68f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade São Francisco. Bragança Paulista, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Procedimento Operacional Padrão (POP): Traqueostomia, cuidados e decanulação**. Uberaba: EBSEH, 2015.
- RABENSCHLAG, et al. Gestão da Qualidade na Assistência de Enfermagem em Unidades de Clínica Cirúrgica. **Rev. Enferm. UFSM**. v.5, n.2, p. 235-246, abr./jun. 2015
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo: Editora Atlas S. A. 2010.
- RICZ, H. M. A.; et al. **Traqueostomia**. Ribeirão Preto/SP. v.44, n.1, p. 63-69, 2011.

SAKAE, T. M.; et al. Traqueostomia precoce e tardia em pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v.8, n.6, p. 500-504, nov./dez. 2010.

SANTOS, V. F. R.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Intervenção e atividades propostas para o diagnóstico de Enfermagem – ventilação espontânea prejudicada. **Acta. Paul. Enferm.** Porto Alegre – RS, v.23, n.6, p.824-830. 2010.

SILVA, T. B. **Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal:** Prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica. 57f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília. Brasília, 2014.

SILVEIRA, L. S.; OLIVEIRA, M. A. C.; MARTINS, C. K. **Assistência do Enfermeiro no Pós-Operatório de Traqueostomia Realizada em UTI.** v.2, n.3. Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, C. F.; CASAS, E. **A Enfermagem e o Cliente Traqueostomizado:** Uma Proposta de Comunicação entre o Cliente, Família e Equipe de Enfermagem. 69f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Vale do Itajaí – Centro de Educação de Biguaçu, Santa Catarina, 2007.

VIANNA, A.; PALAZZO, R. F.; ARAGON, C. **Traqueostomia:** uma revisão atualizada. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.39-42. 2011.

ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Contexto e Saúde.** v.10, n.20, p.1371-1374, jan./jun. 2011.

WAGNER, B. V.; et al. O conhecimento do Enfermeiro acerca das intervenções destinadas á prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista de Enfermagem UFPE.** v. 9, n.5, p. 7902-7909. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO**I – PERFIL DOS PROFISSIONAIS:****1- SEXO:**

() Feminino () Masculino

2- IDADE:

_____ anos.

3- ESTADO CIVIL:

() Casada(o) () Solteira(o) () Divorciada(o) () Outros

4- POSSUI ESPECIALIZAÇÃO:

() Não () Sim

Quais? _____

5- QUANTO TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA?

6- QUANTO TEMPO TRABALHA NA INSTITUIÇÃO DO HRTM?

7- POSSUI OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO?

() Sim () Não

II - QUESTÕES RELACIONADAS À TRAQUEOSTOMIA

- 1- Na sua rotina, quais os principais eventos adversos encontrados em pacientes traqueostomizados?
- 2- Qual a sua conduta mediante estas intercorrências?
- 3- Quais os principais fatores de risco atribuídos a Traqueostomia?
- 4- A instituição disponibiliza meios de atualizações nesta área? Você busca outros tipos de fontes de conhecimento acerca deste tema?
- 5- Em sua opinião, a equipe de Enfermagem está devidamente preparada para lidar com pacientes traqueostomizados, incluindo recursos humanos, conhecimentos teórico-prático e recursos materiais? Por quê?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa: *Condutas dos Enfermeiros em Eventos Adversos na Assistência Perioperatória na Traqueostomia*, realizada pelas pesquisadoras: Lívia Helena Morais de Freitas e a aluna Mislândia de Medeiros Vale.

Esta pesquisa pretende caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados, verificar as condutas dos profissionais de Enfermagem sobre os eventos adversos de um indivíduo traqueostomizado em um perioperatório, identificar as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros frente às adversidades ocorridas com pacientes traqueostomizados.

O motivo que nos leva a fazer este estudo refere-se à importância de se desenvolver estudos que aprimorem e valorizem a conduta dos Enfermeiros em eventos adversos na assistência perioperatória na traqueostomia, fazendo com que a temática ganhe maior visibilidade.

A realização deste trabalho trará importantes discussões para os profissionais da saúde, pois visualizaremos ao longo da pesquisa as concepções acerca da traqueostomia e suas complicações perioperatórias.

Caso o (a) senhor (a) decida participar, o (a) senhor (a) deverá responder a um formulário estruturado para avaliar as condutas dos enfermeiros em eventos adversos na assistência perioperatória na traqueostomia. O (a) senhor (a) será submetido ao instrumento uma só vez, não havendo necessidade de outros encontros. O tempo médio para responder ao formulário corresponde a 5 minutos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, possível constrangimento aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superam os riscos.

O estudo apresentará como benefício conhecer quais são as condutas dos Enfermeiros em perioperatório de traqueostomia. Assim, teremos um estudo que servirá de meio de propagação para que os profissionais de enfermagem o utilizem.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se o (a) Senhor (a) tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pela pesquisadora associada desse estudo e reembolsado. Além disso, se o(a) Senhor(a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, será indenizado pela pesquisadora associada.

O (a) Senhor (a) ficará com uma cópia deste documento e a outra com o pesquisador responsável. Toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, através do e-mail:

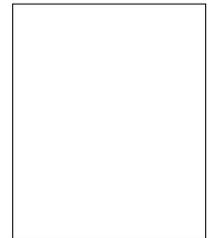
livia@facenemosso.com.br

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativas, bem como o direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE².

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró/RN, _____ / _____ / _____

Prof^a. Esp. Livia Helena Moraes de Freitas¹
Pesquisadora responsável



Participante da Pesquisa/testemunha

Impressão
datiloscópica
do
participante

¹ Pesquisadora Responsável: Livia Helena Moraes de Freitas

Endereço profissional do Pesquisador: Rua Nísia Floresta, 104, Bairro: Boa Vista CEP 59605-270

E-mail do pesquisador: livia@facenemosso.com.br

Fone de contato profissional: (84) 98848-2061

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

ANEXO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3º Reunião Extraordinária realizada em 31 de Março 2016 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "CONDUTAS DOS ENFERMEIROS EM EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA NA TRAQUEOSTOMIA", Protocolo CEP: 55/2016 e CAAE: 54041216.7.0000.5179. Pesquisadora Responsável: LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS e da Pesquisadora Associada: Mislândia de Medeiros Vale.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 31 de Março de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE