



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM



MARIA DULCE SANTOS CASTRO

AUTOCUIDADO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO APÓS A INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

JOÃO PESSOA - PB

2020

MARIA DULCE SANTOS CASTRO

AUTOCUIDADO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO APÓS A INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jaqueline Queiroz de Macedo

JOÃO PESSOA - PB

2019

AUTOUIDADO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO APÓS A INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

Trabalho de conclusão de curso apresentando pela aluna Maria Dulce Santos Castro, do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, tendo o conceito de _____, conforme a apresentação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C355a Castro, Maria Dulce Santos.

AUTOUIDADO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO APÓS A INSERÇÃO DA
TRAQUEOSTOMIA / Maria Dulce Santos Castro. - João
Pessoa, 2020.

29 f. : il.

Orientação: Jaqueline Queiroz de Macedo.

Coorientação: Clícia Valim Cortes Gradim, Jacira dos
Santos Oliveira.

Monografia (Graduação) - UFPB/CSS.

1. Enfermagem. 2. Traqueostomia. 3. Autocuidado. 4.
Cuidados de Enfermagem. 5. Assistência Domiciliar. 6.
Pacientes Domiciliares. I. Macedo, Jaqueline Queiroz
de. II. Gradim, Clícia Valim Cortes. III. Oliveira,
Jacira dos Santos. IV. Título.

UFPB/BC

DEDICATÓRIA

A minha família, em especial minha mãe Maria de Lourdes da Silva Santos Castro ao meu pai Odon de Oliveira Castro e, que todos os dias me ensinaram o valor da educação e que transformaram as adversidades em forças, que fizeram o possível e o impossível por mim para que esse momento acontecesse, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por ter me dado saúde e forças pra superar todas as dificuldades.

A **Universidade Federal da Paraíba**, oportunizaram a tantos jovens do Brasil a realização dos seus sonhos.

A minha orientadora **Prof.^a Dr.^a Jaqueline Queiroz de Macedo** pelo acolhimento, empenho, dedicação e muita paciência na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais **Maria de Lourdes da Silva Santos Castro** e **Odon de Oliveira Castro**, por confiarem nas minhas escolhas de olhos fechados e dedicarem suas vidas para me proporcionar uma boa educação, abrindo mão do que fosse preciso para que eu tenha um futuro digno.

As minhas irmãs **Laís Santos Castro**, que tenho como minha mãe e melhor amiga, minha referência pessoal e profissional, que me ensina o real significado do que é amor e cuidado. E **Layne Herculano Fernandes de Castro** que me ensinou a abrir o coração e amar diferente.

A minha sobrinha **Maria Isis de Castro Padilha**, que um dia quando souber ler, saiba que me ensinou a lhe amar tanto como se fosse minha e a reaprender todos os dias.

Ao meu namorado **Allan David Alves da Silva**, que todos os dias com seu amor me fez acreditar em mim mesma, e no meu potencial.

Ao **Prof. Tim Maia** (em memória) e **Marcílio**, que através de um coração enorme me enxergaram através do esporte e me derem a oportunidade de chegar até aqui.

Aos meus colegas de curso, em especial a **Larissa Cavalcante Carneiro** pelas inúmeras doze horas de muita batalha vencidas juntas.

AUTOCUIDADO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO APÓS A INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

Maria Dulce Santos Castro¹, Jaqueline Queiroz de Macedo²

RESUMO

Objetivo: identificar as evidências científicas presentes na literatura que embasam o (auto)cuidado domiciliar, em contexto comunitário, após a inserção da traqueostomia. Método: Revisão tipo Scoping Review, conforme o método proposto pelo Joanna Briggs Institute, realizado através do Portal Periódicos Capes, utilizando os descritores Tracheostomy e Self-Care. Resultados: Dos 579 artigos coletados, 11 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Referiam-se a traqueostomia em adultos (8) e crianças (3), e apontaram familiares (5), profissionais de saúde (7), cuidadores não familiares (2) como corresponsáveis pela prática dos cuidados relativos ao dispositivo, após a alta hospitalar. Existe a necessidade de que orientações para o autocuidado com a pessoa com traqueostomia sejam efetuadas previamente ao retorno ao contexto comunitário. Os cuidados abrangem aspiração, limpeza do tubo e ostomia, troca de tubo (cânula e cuff), umidificação, troca do cadarço, cuidados orais. Tal rotina irá requerer adaptação da dinâmica de vida familiar e do indivíduo, assim como atitudes para prevenção de situações de emergência. CONCLUSÃO: a exposição das temáticas para o autocuidado poderá auxiliar na seleção de ferramentas para capacitações de usuários e cuidadores, assim como pode contribuir com recomendações para prática clínica.

DESCRITORES: Enfermagem; Traqueostomia; Autocuidado; Cuidados de Enfermagem; Assistência Domiciliar; Pacientes Domiciliares.

ORCID: 0000-0002-0418-8480¹, 0000-0002-1330-3460²

CRENCIAIS DOS AUTORES:

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil, 0000-0002-0418-8480.

² Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, João Pessoa, PB, Brasil, 0000-0002-1330-3460.

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA: Jaqueline Queiroz de Macedo.
jaquelineqmac@gmail.com

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Autocuidado em contexto comunitário após a inserção da traqueostomia. Universidade Federal da Paraíba, 2020.

SUMÁRIO

1 ARTIGO : título	7
1.1 INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVO GERAL	9
1.3 MÉTODO	9
1.4 RESULTADOS	11
1.5 DISCUSSÃO	15
1.6 CONCLUSÃO	17
1.7 REFERÊNCIAS	18
3 ANEXOS	21

INTRODUÇÃO

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico para realização de abertura direta na traqueia afim de criar uma fácil comunicação com o meio interno, em substituição temporária ou permanente as vias respiratórias comuns¹. Sendo assim, é um procedimento usado geralmente em situações emergenciais, necessária para manutenção prolongada de via aérea pérvia².

A cirurgia é indicada principalmente nos casos onde há a presença de obstrução mecânica temporária ou definitiva, intubação orotraqueal prolongada, indicação de respiração mecânica prolongada entre outras. Devido a esta gama de situações profissionais e cuidadores devem atentar aos cuidados básicos. A traqueostomia requer cuidados tanto de higiene como de manipulação, pois além de servir para abertura da via aérea também é usada para procedimentos³.

Na escolha da traqueostomia como meio de tratamento ao paciente, é necessário também avaliar o custo benefício de possíveis complicações que o paciente possa vir a ter, como hemorragia, dano estrutural da traqueia, falha do procedimento, evento aspirativo, entre outras complicações descritas na literatura. Atualmente a cirurgia de traqueostomia é um dos procedimentos com maior número de incidência nas UTI's, sendo realizado em aproximadamente 24% dos pacientes que se submete a este tipo de internação⁴.

Há inúmeros cuidados complexos e essenciais no cuidado após a inserção da traqueostomia. Nesse contexto, há pacientes que recebem alta com a necessidade de manter o dispositivo por um período de tempo mais longo, assim, se faz necessário a continuidade do cuidado domiciliar destes cuidados. No ambiente extra-hospitalar, na comunidade, distantes de profissionais capacitados, o paciente e sua rede de apoio necessitam de planejamento e orientações para continuar um cuidado de qualidade em domicílio, após a alta hospitalar⁵.

Desse modo, os usuários e cuidadores vivenciam a carência de informações que propiciariam a continuidade do cuidado adequado após a alta hospitalar⁶ inexistindo uma uniformização de ações na literatura para os cuidados em domicílio⁷ que pode desencadear ocorrência de desconfortos e complicações e situações de emergência que ocasionarão reinternação⁶.

No contexto de uma pessoa com traqueostomia o cuidado para com este dispositivo é algo intrínseco à vida. Por cuidado entende-se desvelo, solicitude, atenção, e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Nessa perspectiva, este estudo compreende cuidado, como uma ação ligada à prestação de serviços e implica interação com a finalidade de ajudar, geralmente em situações adversas, tanto na dimensão pessoal como na social⁸. Conforme a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, por autocuidado compreende-se a prática de ações que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam, desenvolvidos em período específico, objetivando a preservação da vida e o bem estar pessoal⁹. No que tange à traqueostomia, o usuário poderá ser autônomo a ponto de efetuar

seu autocuidado, como também necessitar de um agente para realizar ou auxiliá-lo a prestar estes cuidados, devido a especificidades diagnósticas da pessoa.

OBJETIVO

Tem-se como objetivo identificar as evidências científicas presentes na literatura que embasam o (auto)cuidado domiciliar, em contexto comunitário, após a inserção da traqueostomia.

MÉTODO

Trata-se de uma Scoping Review, também denominada revisão de escopo. É um método de revisão sistemática da literatura, que pode ser utilizada para prática baseada em evidências, sendo abrangente em sua concepção por permitir a coleta de dados de qualquer tipo de evidência e metodologia de pesquisa. Para tanto, conforme o Joanna Briggs Institute (JBI), segue as recomendações PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. O método é dividido em cinco passos: identificação da questão de pesquisa, identificação dos estudos relevantes, seleção do estudo, criando os dados e por fim o agrupamento dos mesmos, o resumo e relatando os resultados¹⁰. Esta pesquisa baseada em evidências faz-se necessária para se apresentar uma análise compreensiva e descritiva de estratégias para os cuidados após a traqueostomia, quando da alta hospitalar.

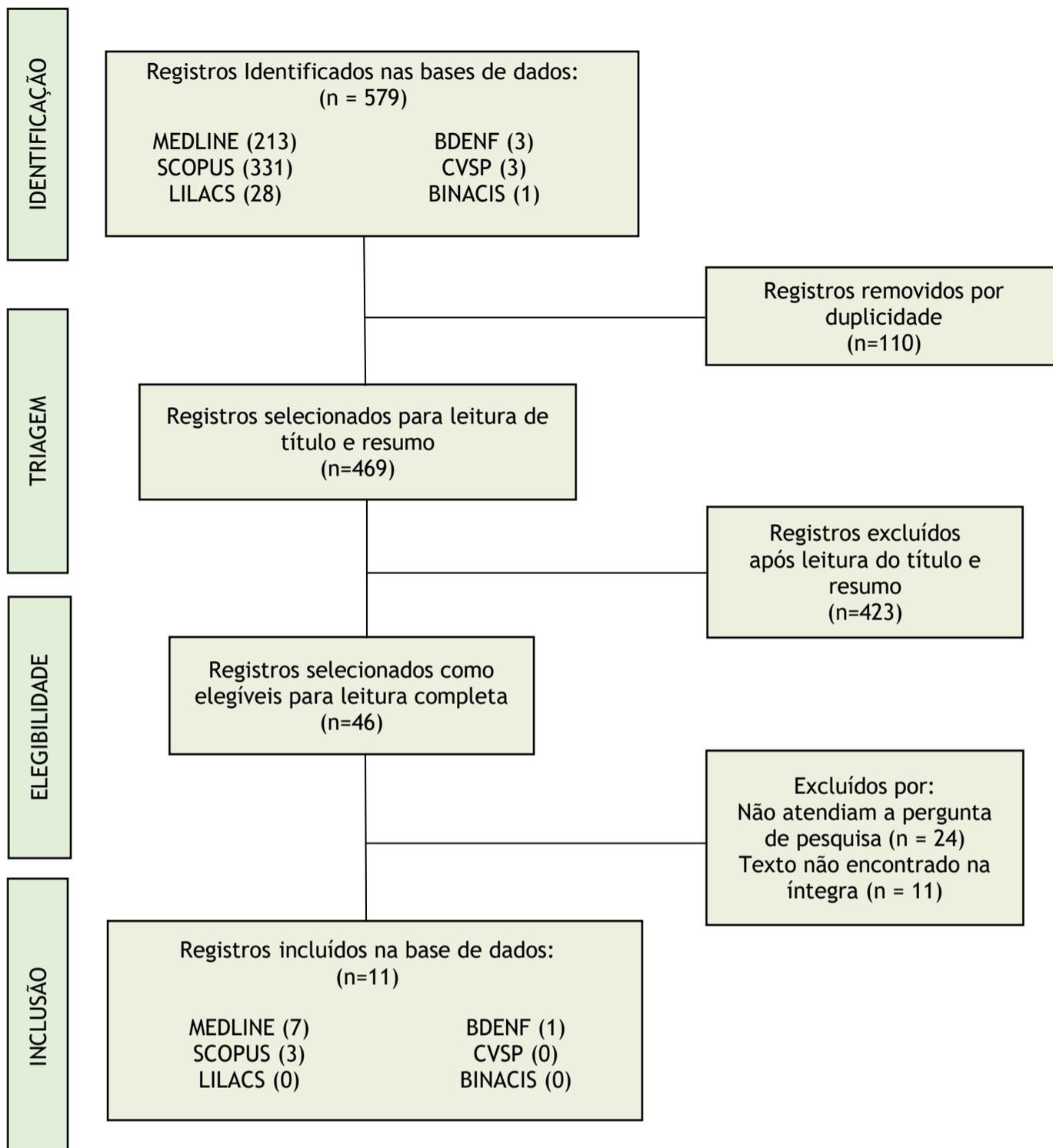
Identificação da Questão da Pesquisa

A pergunta norteadora do estudo foi quais os cuidados após a traqueostomia, quando da alta hospitalar, estão descritos na literatura?

Os termos para busca foram definidos, utilizando os descritores do MESH's, "Tracheostomy AND Self-Care". Foram selecionados como base de dados a Rede BVS e a SCOPUS, sendo a busca efetuada pelas pesquisadoras dia 04/11/2019 obtendo um total de 579 artigos. Tais artigos encontravam-se na SCOPUS, nas seguintes bases da BVS: MEDLINE, LILACS, BDNF, CVSP e BINACIS. Foram incluídas as publicações de: artigos, em qualquer idioma, publicados nos últimos 5 anos, focado no cuidado/autocuidado domiciliar da pessoa com traqueostomia.

Seleção de Estudo

Na segunda etapa, Triagem, foram excluídos os artigos em duplicidade (n = 110). Em seguida, foi efetuada leitura atenta do título e resumo de cada publicação. Foram excluídos aqueles que fugiam ao tema (n=423). Na terceira etapa, dos 46 artigos elegíveis, 11 foram excluídos pela não disponibilidade do texto completo. Após leitura minuciosa do artigo completo, foram excluídos aqueles que não respondiam à questão norteadora (n=35). A amostra final incluiu 11 artigos disponíveis na íntegra. Segue diagrama explicativo Prisma-ScR que contém uma organização didática da execução da pesquisa, de forma a facilitar o entendimento metodológico do trabalho.



Quadro 01 - Diagrama de seleção de amostra de estudo

Criação dos Dados

Foi criada uma planilha para organização dos dados obtidos, incluídos após a leitura completa (n = 46), com as seguintes informações: base de dados onde foi encontrado, título, autor, ano da publicação, nome do periódico na qual foi publicado, volume e número, metodologia do estudo, forma de análise, resumo, achados que respondem a questão norteadora, códigos, categorização das temáticas.

Agrupamento, Resumo e Relato dos Resultados

A partir da análise minuciosa dos achados, foram criados códigos e categorias para agrupar as temáticas de (auto)cuidado com a traqueostomia, em contexto comunitário, descrevendo-os em lógica narrativa dos procedimentos. A apresentação dos estudos ocorreu mediante síntese descritiva, em que foram utilizados quadros para apresentação dos resultados, com um mapeamento dos artigos inclusos e um resumo sucinto com temáticas e respectivos cuidados. Após a leitura árdua dos artigos

os mesmos foram categorizados em temáticas para o (auto)cuidado para com a pessoa com traqueostomia.

RESULTADOS

Os estudos incluídos na amostra final foram desenvolvidos por pesquisadores do Reino Unido (5), Brasil (2), Argentina (1), Canadá (1), China (1) e EUA (1). Estavam disponibilizados em inglês (10), português (2) e espanhol (1). Aludiam aos cuidados com a traqueostomia em adultos (8) e crianças (3), cuja implantação da mesma ocorreu devido a situação de emergência (4) ou decisão clínica (7). Referiam que familiares (5), profissionais de saúde (7), cuidadores não familiares (2) eram corresponsáveis pela prática dos cuidados relativos ao dispositivo, após a alta hospitalar. O Quadro 01 apresenta os resultados com um mapeamento dos artigos inclusos:

Artigo	Título	Autores /País	Nome do Periódico/ ano	Método
Base de dados SCOPUS				
A	Preparing Families to care for ventilated infants at home. ¹³	Benscoter, D., Borschuk, A., Voos, K. / EUA	Seminars in Fetal na Neonatal Medicine / 2019	Diretriz clínica
B	Tracheostomy care: Clinical practice patterns of pediatric otolaryngologists head and neck surgeons in publicly funded (Canadian) health care system. ¹²	Rai, S.K., Holler, T., Propst, E.J., Wolter, N.E., Amin, R. / Canadá	International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology / 2018	Transversal
C	Clinical consensus statement on the care of the child with a tracheostomy ¹³	Urrestarazu, P., Varón, J., Rodríguez, A., (...), Nieto, M.E., Botto, H.A. / Argentina	Archivos Argentinos de Pediatría / 2016	Revisão de literatura
Base de dados BDEF				
D	Care for the prevention of complications in tracheostomized patients ¹⁴	Costa, E., Rodrigues, C., Matias, J., Bezerra, S., Rocha, D., Machado, R., Gouveia, M., Ribeiro, I./ Brasil	Journal of Nursing UFPE / 2019	Revisão integrativa
Base de dados MEDLINE				
E	Tracheostomy 1: Caring for patients with a tracheostomy. ¹⁵	Everitt, E./ EUA	Nursing Times: Resources for the Nursing Profession / 2016	Diretriz clínica
F	Tracheostomy 2: Managing the weaning of a temporary tracheostomy. ¹⁶	Everitt, E./ EUA	Nursing Times: Resources for the Nursing Profession / 2016	Diretriz clínica
G	Tracheostomy 3: Care of patients with permanent tracheostomy. ¹⁷	Everitt, E./ EUA	Nursing Times: Resources for the Nursing Profession / 2016	Diretriz clínica
I	Segurança da pessoa e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. ¹⁸	Pinto, D., Schons, E., Busanello, J., Costa, V./ Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP / 2015	Quantitativo, descritivo, exploratório
J	Nursing care of patients with a temporary tracheostomy. ¹⁹	Myatt, R./ Reino Unido	Nursing Standard / 2015	Revisão da literatura

K	Respiratory nursing interventions following tracheostomy in acute traumatic cervical spinal cord injury. ²⁰	Luo, C., Yang, H., Chen, Y., Zhang, Z., Gong, Z. / China	Cell Biochemistry and Biophysics / 2014	Quantitativo, transversal
L	Essential principles: tracheostomy care in the adult patient. ²¹	Dawson, D. / Reino Unido	Nurs Crit Care / 2014	Revisão de literatura

Quadro 2. Mapeamento da amostra de artigos inclusa na Scoping Review

A análise qualitativa facultou a elaboração do Quadro 02 em que estão apresentadas as temáticas para a efetivação do (auto)cuidado com a traqueostomia após a alta hospitalar, em contexto comunitário e domiciliar. Estão expostas as temáticas e suas respectivas categorias com enunciações que sintetizam os cuidados identificados nos artigos para o (auto)cuidado requerida devido a implantação da traqueostomia e após o retorno do usuário à comunidade e a sua convivência familiar, de modo a garantir a permanência e perviedade do sistema asséptico, propiciar a linguagem falada e comunicação do usuário e evitar ocorrência de situações de emergência.

Tema	Categoria	Enunciações	Artigo
CUIDADOS DEVIDO AO DISPOSITIVO	ORIENTAÇÕES PRÉ-CIRÚRGICAS	Orientações quanto ao impacto físico e limitações emocionais, duração de uso, o que esperar, incertezas, e a existência de riscos de acidentes	A, D
		O treinamento deve ser teórico e prático e o mais próximo da realidade, voltado para especificidade da pessoa, e sempre estimulando o autocuidado	A, D
		Devem ser informados cuidados diários com o modelo de tubo escolhido, alterações dos parâmetros normais, complicações e treinamento de emergências	D
	LIMPEZA DO TUBO E OSTOMIA	Limpeza frequente evitando infecções com SF 0,9% mínimo uma vez ao dia, deixando o local limpo e seco ao final, atendendo a sinais flogísticos	D, J
		Limpeza de cânula metálica com água morna, detergentes (enzimático, doméstico, biodegradável ou líquido) e escova adequada	C, D
		Armazenamento de tubo limpo em local limpo e seco, não necessita esterilizar se usado individualmente	C, D
		Cânula de duplo lúmen deve ser limpas a cada 2-4 horas, ou antes se necessário	D, G, J, L
		Cânulas internas são de único uso, devendo descartar após uso	D, G, J, L
		Mínimo de duas pessoas treinadas para limpeza, presença de materiais de emergência, jejum de pelo menos 4 horas antes da troca	D, G, J, L
		Uso de creme de barreira protegendo a pele periestoma de maceração e secreções	G
		TROCA DE TUBO (CÂNULA e CUFF)	Tamanho adequado do tubo corresponde a três quartos do diâmetro da traqueia, sendo a primeira troca apenas após 10 dias a depender da gravidade da pessoa
	Após primeira troca, deve ser substituída com a frequência de sete a dez dias, e modelos com cânula interna apenas a cada mês, observando o funcionamento		B, C, D, J, L
	Em domicilio não é necessária técnica asséptica, e sempre que trocar deve-se aspirar as secreções, mobilizar o dispositivo retirando aderências, e após a troca fixar de forma segura		C
	Uso de lubrificantes solúveis em água (gel de lidocaína ou SF 0,9%) e desaconselhado o uso de vaselina ou talco em qualquer lugar do tubo ou ostomia		C
	Aferição da pressão do cuff no mínimo três vezes ao dia, ao início do turno, após procedimentos e a cada 8 horas, sempre anotando os valores para comparações, não devendo exceder a pressão de 25cm H2O		I, J
Altas pressões ocasionam isquemia, traqueomalácia entre outras complicações, já pouca pressão pode reduzir eficiência de ventilação ou até aspiração gástrica	I, J		
Para aferir a pressão do cuff é necessário aparelho específico (cuffômetro), não devendo ser aferida apenas por palpação digital	I, J		

	TROCA DE CADARÇO	O cadarço de fixação pode ser obtido pronto ou ser confeccionado, sempre limpo e seco, fixado seguro e considerando uma folga de dois dedos no pescoço, devendo ser trocando no mínimo uma vez ao dia	C, D, E, I, J
		Uso de protetores para a pele e óleos de proteção, evitando lesão por pressão, com hidrocoloides ou gases (esta não deve ser cortada devido chance de inalação de fios)	D, E, J, C
		Não deve ser confeccionado em material de qualidade duvidável, escorregadio ou que não fixem o nó, como por exemplo Chintraps	D, I, J, C
		Verificar constantemente em pacientes com alto risco de decanulação como pessoas confusas, crianças e neonatos	E
	ASPIRAÇÃO	Deve ser realizada de forma cuidadosa para não lacerar a mucosa, em pessoas com produção de secreção e incapazes de eliminá-las adequadamente	D, E, J, I, C.
		Realizar a aspiração apenas sinais sugestivos como sons borbulhantes, tosse espontânea e ineficaz, secreções visíveis	D, E, J, I, C.
		Cateter de sucção deve ser introduzido na traqueostomia não mais que o tamanho correspondente da cânula	D, E, J, I, C.
		Pode ser necessária a suplementação prévia de oxigênio e nebulização	J, K
		Tubo em tamanho menor que o normalmente escolhido em pacientes secretivos ajuda na mobilização de secreções, e tubos de prata ajudam a não reter secreção	J, K
		A pressão para aspiração deve ser em torno de 12mmHg, se menor que isso pode não aspirar eficientemente, e se maior pode lesionar a mucosa	D, E, I, J, L
		Prefira cateteres com vários furos laterais, estas sugam apenas as secreções e protege a mucosa e devendo ser clampeado durante introdução para evitar lesões	D, E, I, J, L
		O tamanho do cateter se aspiração deve ser escolhido de acordo com fórmula: Tamanho do Cateter de Aspiração = (Tamanho da traqueostomia -2) x 2]	D, E, I, J, L
		Tempo de sucção máxima é 10 a 15 segundo em no máximo três repetições	C, D, E, I, L
		Em casa deve ser realizada com pelo menos técnica limpa (sonda e mãos limpas), se possível usando todos os materiais de proteção individual	C, D, E, I, J, L
	UMIDIFICAÇÃO	Lava-se as mãos, explicação do procedimento, introdução da sonda clampeada até o tamanho do dispositivo ou até encontrar resistência, ao começar a aspiração remover em movimentos suaves e circulares	J, I, C
		Umidificação ideal é realizada com trocador de calor e umidade (HME)	D, E, J
Alterações de umidificação podem causar vários problemas a traqueia como diminuição do reflexo de tosse, ulceração e traqueíte		C, D, E, J, L	
Avaliação para cogitação de umidificação: viscosidade, volume, presença de infecção e condição de ventilação da pessoa		D, E, J.	
Não é recomendado instilação salina direta para fluidificação antes da aspiração		C, D, I, L	
Umidificação com 5ml de soro fisiológico de 0,9 a 5% via HME, sendo a solução mais concentrada em pacientes com secreções mais expressas, a cada duas ou quatro horas a depender da necessidade		D, E, J	
ALIMENTAÇÃO E CUIDADOS ORAIS	Se necessário administrar medicação pela traqueostomia deve-se utilizar uma câmara de ar conectada ao dispositivo, não devendo ser a via de primeira escolha	C	
	Avaliação regular da boca, dentes, língua e gengiva	L, F, J, I.	
	A limpeza oral deve ser feita com gluconato de clorexidina a 0,12%, com auxílio de uma escova dental macia ou uma esponja de tamanho adequado	J, I.	
	Limpeza deve durar três a quatro minutos, e três a quatro vezes ao dia, podendo ser adaptada de acordo com a condição clínica e fatores limitadores da pessoa	J, I.	
	Necessária avaliação prévia do fonoaudiólogo para liberação da alimentação oral	L, F, J.	
	Para traqueostomias com balão este deve ser esvaziado antes da alimentação	L, F, J	
	Alimentação só deverá ser liberada após verificação de deglutição sem dificuldade	L, F, J	
ADAPTAÇÃO DA DINÂMICA DE VIDA	MUDANÇA DE HÁBITOS FAMILIARES	Aleta quanto a possibilidade de ônus financeiro devido as novas necessidades da pessoa, levando a estresse, privação do sono e sacrifícios pessoais	A
		Orientação quanto ao grande impacto na rotina da família, devindo a grande demanda de cuidados podendo gerar sensação de normalidade na rotina	A

ATITUDES PREVENTIVAS DE EMERGÊNCIAS		Pode haver impacto no relacionamento em casos em que o cuidador é o cônjuge ou com relacionamento pessoal com a pessoa traqueostomizada	A
		Necessário alertar a família sobre as barreiras físicas que devem ser eliminadas em ambiente domiciliar para transferência da pessoa para o domicílio podendo ser um processo estressante	A
		É necessário que o ambiente doméstico seja adaptado as necessidades físicas da pessoa, com atendendo dos requisitos técnicos mínimos para manter a qualidade do cuidado	A
		Assuntos físicos importantes como energia elétrica aterrada, tomadas, detectores de fumaça e extintores devem ser discutidos para adaptação prévia	A
		Em domicilio a pessoa traqueostomizada não pode ser exposta a sujeira do ambiente, cigarros ou fumaça, e em caso de familiares fumantes e houver necessidade de tranques de oxigênio deve ser posto alertas de incêndio	A
	LINGUAGEM FALADA E COMUNICAÇÃO	Avaliação através de exames radiológicos e endoscópicos, verificando a condição da laringe, quanto a possibilidade de liberação o uso da válvula fonatória	C, F, G
		A válvula deve ser usada de forma gradual, para que o paciente aumente a tolerância ao dispositivo. Sendo recomendado frequentemente para pacientes sem balonete para manter-se a passagem fisiológica do ar	C, F, G
		Para usuários de traqueostomia com balão, este deve ser esvaziado antes do uso da válvula, o não esvaziamento pode causar graves complicações	C, F, G
		A obstrução do tubo com o dedo resulta em efeito similar a válvula fonatória	C, F, G
		Caso sinta dificuldade ou resistência com a válvula ou obstrução manual, a pessoa ainda não está preparada para iniciar a fonação	C, F, G
		Retirar a válvula fonatória durante a nebulização e limpeza da traqueostomia, evitando danos ao movimento da válvula, devendo estar sempre limpa e seca	C, F
		A válvula deve ser tocada sempre que ruidosa, pegajosa ou emitindo vibração	C, F
		Deve ser retirada antes de dormir, ou sempre que solicitado, a qualquer sinal de dessaturação, fadiga ou desconforto respiratório	F, G, J, L
		É possível ter outros meios de comunicação caso não seja possível o uso da válvula, como através de linguagem escrita e visual	F, G, J, L
	PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES	Necessário planejamento e criação de protocolos junto as famílias	C, I
		Lavagem das mãos com e uso de álcool gel afim de evitar infecções	C, L
Realização de treinamento de reinserção de cânula para os cuidados em caso de decanulação		C, L	
Caso o tudo seja obstruído acidentalmente, não tentar desobstruir manualmente		C, L	
No aparecimento de granulomas, deve-se pedir parecer de especialista		C	
Observação do estoma ao menos uma vez ao dia		F	
EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA NO DOMICÍLIO	Deve-se seguir as instruções técnicas, prazos e especificações para cada tipo de traqueostomia	I	
	Para pacientes aptos realizar o treinamento para melhora da capacidade de expectoração	F	
	Armazenamento de tubos de tamanhos apropriados, estando sempre um disponível a beira do leito	F	
	Dispor de tubos de diversos tamanhos e lubrificantes para possível reintrodução emergencial	F	
	Outros materiais extras que devem ser armazenados em domicilio são: “cuffômetro”, gases, pinça de Tilley, lanterna e fixadores	F	
	Monitorar a existência e manter-se abastecido com os insumos e equipamentos de emergência	B, F	

Quadro 3 - Agrupamento de cuidados encontrados na literatura

DISCUSSÃO

A orientação para o (auto)cuidado com a pessoa que sofreu a implantação da traqueostomia é necessária, e envolve o domínio dos cuidados com o dispositivo, e a definição de papéis a serem desempenhados promovendo uma melhor qualidade de vida ao usuário e seus cuidadores ²²⁻²³.

Para tanto, o ambiente domiciliar, incluindo o cuidador, devem ser adaptados e treinados antes da

alta hospitalar, para que ocorra uma transferência segura e com tranquilidade. É importante práticas de ações como triagem dos conhecimentos obtidos a respeito do dispositivo e educação em saúde previa a alta que abordem questões que impactam nos cuidados, como higiene, fisiologia e microrganismos ²³.

Estudos, inclusive, especificam a necessidade de que esta estratégia educativa ocorra em etapas gradativas, permitindo a alta apenas a partir da aquisição de determinado nível de competência para os cuidados²⁵. De início, sugerem um treinamento teórico para estudo das necessidades individuais (situação clínica e tipo de traqueostomia escolhida), posteriormente um treinamento prático em laboratório, sendo este o mais próximo da realidade, desmascarando falsas confianças obtidas apenas com a teoria e introduzindo a família próximo a realidade que pode ser estressante em domicílio. E, uma terceira etapa com um treinamento prático no próprio usuário, enquanto internado. Após finalização do treinamento é necessário reavaliar o domínio dos conhecimentos e a confiança do cuidador para que seja liberada a transferência ao domicílio ²⁵.

Esta reavaliação, após o módulo prático, faz-se importante por se entender que a habilidade não pode ser desenvolvida apenas com o conhecimento teórico, sendo este um momento de reflexão em que se percebe o quão grave e complexo é o cuidado com a traqueostomia²⁴. Portanto, o treinamento do cuidador/ usuário deve ser iniciado desde a admissão do paciente, de modo a propiciar a aquisição da competência e autoconfiança neste auto(cuidado)⁶. Visto que a gama de cuidados, especificidades da condição clínica e de cada tipo dispositivo pode desencadear dificuldades no momento de realizar os cuidados com a traqueostomia ²⁶⁻²⁷.

Conforme o Quadro 2, a complexidade dos cuidados com a pessoa traqueostomizada deve-se ao dispositivo vincular-se a necessidade respiratória básica, sendo pequeno o limiar entre o cuidado adequado e a ocorrência de acidentes e emergências, como em situações de aspiração, umidificação e fixação da traqueostomia.

A aspiração é o procedimento de invasivo para remoção de secreção, podendo apresentar risco de broncoespasmo, traumatismo da mucosa, elevação da pressão torácica entre outros riscos³¹. A umidificação é necessária para tentar compensar a perda do aquecimento e umidificação natural devido a alteração da passagem do ar na respiração, o que causa uma dificuldade de expectoração e consequente retenção de secreções, e se não devidamente umidificada e retirada pode levar ao bloqueio da passagem respiratória, sendo de grande importância sua manutenção¹⁴. Já a fixação da traqueostomia deve ser destacada nos cuidados com o dispositivo, por prevenir acidentes como decanulação acidental e movimentação indesejada do tubo, uma vez que a má fixação pode causar complicações como lesões por pressão ou até mesmo decanulação¹⁵.

Os resultados apresentaram a necessidade de que orientações sejam efetuadas, porém não há padronização para diversos cuidados. No quesito aspiração, há recomendação de que a aspiração seja realizada por 3 a 5 segundos¹⁸⁻²⁰, enquanto outras literaturas recomendam aspiração em até 10 a 15 segundos¹³⁻¹⁴⁻¹⁵. Tais questões divergem por depender de especificidades de cada pessoa traqueostomizada, motivo pelo qual, reforça-se a importância da capacitação do cuidador.

A segunda temática, Adaptação da dinâmica de vida, refere-se a questões implicadas na convivência com uma pessoa traqueostomizada, com uma alta demanda de cuidados e grandes alterações na rotina e no estilo de vida da pessoa e sua família²³. A transferência para o domicílio requer da família muito mais que apenas treinamento sobre o dispositivo, mas adaptações diárias, necessidade de material, o que impacta diretamente nas condições financeiras da família, refletindo até na vida profissional de familiares e no relacionamento²⁷. Necessidades que não são refletidas no momento da inserção da traqueostomia, por diversas razões que envolvem questões emocionais, afetivas e desconhecimento do processo¹¹.

Em pessoas com as capacidades cognitivas preservadas, a presença do dispositivo altera a comunicação oral anterior o que dificulta o retorno à vida familiar e social, de modo que a adaptação a novas formas de comunicação pode ser cansativa e estressante²⁹. Pode haver o receio de tossir ou expelir secreção pela cânula em público, gerando tensão e desconforto por parte do usuário. Se a pessoa traqueostomizada for uma criança, pode haver retração na comunicação e convivência outras crianças ou irmãos, o que requer esclarecimento sobre a nova condição de vida²⁷. Tais desconfortos e constrangimentos sociais pode desencadear sintomas depressivos, sendo necessário que o usuário busque apoio psicológico para enfrentamento dos novos desafios³⁰.

A dificuldade na comunicação pode ser assustadora e frustrante para o paciente, uma vez que a linguagem oral predomina na sociedade. Esse é um processo de adaptação que requer paciência e busca dos métodos que melhor se encaixam na condição clínica de cada pessoa. É recomendado o uso da escrita para pacientes alfabetizados, piscar de olhos, apertar de mãos, desenhos, fotos, tablets, computadores e smartphones para auxiliar na comunicação²⁸.

Uma forma de manter a comunicação oral, é através do uso da válvula fonatória, um dispositivo que impossibilita que o ar não saia pela traqueostomia no momento da expiração, forçando-o a passar pela traqueia e pelas cordas vocais, auxiliando na normalização da passagem de ar, possibilitando a fonação³².

A prevenção de emergência inicia-se com a adequada capacitação do usuário e cuidadores para os cuidados cotidianos. Contudo, como parte desse treinamento é necessário o reconhecimento de estados de alteração tanto da traqueostomia como dos sinais vitais do paciente, afim de evitar desconfortos, complicações ou emergências. A literatura sugere-se inclusive, que seja disponibilizado

pelo serviço de saúde material para consulta que descreva as complicações, os sinais que facilitam o reconhecimento dessas alterações e ações imediatas que podem ser efetuadas até a chegada da equipe de saúde como em caso de decanulação acidental²⁵.

E por fim, importante ressaltar que para convivência domiciliar faz-se necessário a existência de equipamentos e insumos para manutenção dos cuidados, os quais, no contexto brasileiro são propiciados via Sistema Único de Saúde, devendo a solicitação ser realizada através da Vigilância Sanitária e em caso de negativa, garantida através de ação judicial.

CONCLUSÃO

Para o (auto)cuidado à pessoa com traqueostomia no contexto comunitário e domiciliar faz-se necessário os cuidados com o dispositivo, que abrangem aspiração, limpeza do tubo e ostomia, troca de tubo (cânula e cuff), umidificação, troca do cadarço, cuidados orais. Tal rotina irá requerer Adaptação da dinâmica de vida familiar e do indivíduo, com mudança de hábitos familiares, e das formas de comunicação. Assim como atitudes para prevenção de situações de emergência, evitando complicações e garantindo a presença de equipamentos de emergência no domicílio. A descrição dessas temáticas poderá auxiliar na seleção de ferramentas a serem utilizadas por profissionais de saúde nas capacitações de usuários e cuidadores, assim como pode contribuir com recomendações para prática clínica, potencializando a qualidade de vida de pessoas traqueostomizadas.

Dentre as limitações deste estudo, estão a dificuldade de acesso a alguns materiais completos, mesmo utilizando a abrangente plataforma da universidade pública. Tal situação revela a impossibilidade de agentes de saúde e comunidade também virem a acessar tais resultados de pesquisa. Porém, tal inviabilidade não alterou a aquisição do objetivo da pesquisa. Os resultados demonstram a necessidade de estudos futuros que propiciem a disponibilização de materiais educativos, com linguagem acessível, a serem divulgados pelos serviços de saúde à comunidade.

REFERÊNCIAS

¹Medeiros, GCD, Sassi, FC, Silva, CL, Andrade, CRFD. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2019; 31(6).

²Cardoso L, Simoneti FS, Camacho EC, Lucena RV, Guerra AF, Rodrigues, JMS. Intubação orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2014; 16(4), 170-173.

³de Góes RSS, da Silva SOP, Lima CB. Traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva: Visão do Enfermeiro. Temas em Saúde. 2017; 17(4).

⁴da Silva Júnior, JG, Silveira JM. Influência da traqueostomia no tempo de ventilação mecânica. AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH. 2017; 5(1), 35-39.

- ⁵Castro MCS, Teixeira, LAS. Pacientes com traqueostomia: conhecimentos, atitudes e práticas das equipes do serviço de atenção domiciliar. *Rev Sustinere*. 2019; 7(2), 324-361.
- ⁶Rajão, FL. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS (Doctoral dissertation). 2018.
- ⁷Avelino MA, Maunsell, R, Valera FCP, Lubianca Neto, JF, Schweiger C, Miura CS, Picinin, IFDM. Primeiro Consenso Clínico e Recomendações Nacionais em Crianças Traqueostomizadas da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017; 83(5), 498-506.
- ⁸Malfitano, APS, Sakellariou, D. Cuidado e Terapia Ocupacional: que tipo de definição de cuidado nós temos?. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019; 27(3), 681-685.
- ⁹Pires AF, Santos, BN, Santos, PN, Brasil VR, Luna, AA. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Rev Rede Cuid saúde*. 2015; 9(2).
- ¹⁰Peters MDJ., Godfrey C, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. Chapter 11: scoping reviews. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. 2017.
- ¹¹ D, Borschuk, A, Hart, C, Voos, K. Preparing families to care for ventilated infants at home. *Semin in Fet & Neon Med*. 2019; 24(5), 101042.
- ¹² Rai SK, Holler T, Propst EJ, Wolter NE, Amin R. Tracheostomy care: Clinical practice patterns of pediatric otolaryngologists-head and neck surgeons in a publicly funded (Canadian) health care system. *Int J Pediatr otorhinolaryngol*. 2018; 115, 177-180.
- ¹³Urrestarazu P, Varón J, Rodríguez A, Ton V, Vila F, Cipriani S, Nociti, YB. Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía. *Arch Argent Pediatr*. 2016; 114(1), 89-95.
- ¹⁴Costa ECLD, Rodrigues CF, Matias JG, Bezerra SMG, Rocha DDM, Machado RDS, Ribeiro, ÍAP. Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados. *Rev enferm UFPE on line*. 2019; 169-178.
- ¹⁵Everitt, E. Tracheostomy 1: Caring for patients with a tracheostomy. *Nurs Tim*. 2016; 112(19), 16-20.
- ¹⁶Everitt, E. Tracheostomy 2: Care of patients with permanent tracheostomy. *Nurs Tim*. 2016; 112(20),17-9.
- ¹⁷Everitt, E. Tracheostomy 3: Care of patients with permanent tracheostomy. *Nurs Tim*. 2016; 112(21), 20-2.
- ¹⁸Pinto DMD, Schons EDS, Busanello J, Costa VZD. La seguridad del paciente y la prevención de lesiones cutáneo-mucosas asociadas con los dispositivos invasivos en las vías aéreas. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5), 775-782.

- ¹⁹Myatt R. (2015). Nursing care of patients with a temporary tracheostomy. *Nurs Stand*. 2014; 29(26), 42.
- ²⁰Luo C, Yang H, Chen Y, Zhang Z, Gong Z. Respiratory nursing interventions following tracheostomy in acute traumatic cervical spinal cord injury. *Cell biochemistry and biophysics*. 2014; 70(1), 455-459.
- ²¹Dawson, D. Essential principles: tracheostomy care in the adult patient. *Nursing in critical care*. 2014; 19(2), 63-72.
- ²²Karaca T, Altinbas Y, Aslan S. Caring for Patients With a Tracheostomy at Home: A Descriptive, Cross-sectional Study to Evaluate Health Care Practices and Caregiver Burden. *Wound management & prevention*. 2019; 65(3), 22-29.
- ²³Neupane B, McFeeters M, Johnson E, Hickey H, Pandya H. Transitioning children requiring long-term ventilation from hospital to home: a practical guide. *Paediatr Child Health*. 2015; 25(4), 187-191.
- ²⁴Prickett K, Deshpande A, Paschal H., Simon D, Hebbar, KB. Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019; 120, 157-161.
- ²⁵Abreu ACS, Marinho DF, Cardoso IBP. TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA OS CUIDADORES DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRAQUEOSTOMIA: ESTUDO DE VALIDAÇÃO. *Rev enferm atenção saúde*. 2019; 17(59).
- ²⁶Carmo MCAD. Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a Traqueostomia/Traqueotomia [Tese de Doutorado] 2015; Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.
- ²⁷Bossa PMA, Pacheco, STA, de Araújo BBM, Nunes MDR, Silva LF, Cardoso JMRR. Desafios de familiares no cuidado domiciliar da criança em uso de cânula de traqueostomia. *Rev enferm UERJ*. 2019; 27, 43335.
- ²⁸Gaspar MDRDF, Massi GDA, Gonçalves CGDO, Willig, MH. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizado. *Rev CEFAC*. 2015; 17(3), 734-744.
- ²⁹Ferraz CAG, Rezende G, Prado MMR. Use of alternative communication technology on quality of life evaluation of head and neck neoplasms patients. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019; 27(1).
- ³⁰Risolia HMC, Oliveira K, Siqueira LR., Dázio, EMR. Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer. *Braz J Enterostomal Ther*. 2017; 15(4).
- ³¹Marinho, NGTM. Cuidados intensivos durante a realização do procedimento de aspiração traqueal. 2017.

³²Greene, ZM, Davenport, J, Fitzgerald, S, Russell, JD, McNally, P. Tracheostomy speaking valve modification in children: A standardized approach leads to widespread use. *Pediatr pulmonol.* 2019; 54(4), 428-435.

APÊNDICE 1 - NORMAS TÉCNICAS DA REVISTA

Diretrizes para Autores

A Revista de Enfermagem UFPE on line [REUOL / Qualis Capes B2] a partir do volume 13 (2019), passou a adotar a modalidade de “publicação continuada” (rolling publishing), em consonância com a tendência crescente de periódicos exclusivamente online. Esta se caracteriza pela publicação em volumes anuais, sem a numeração de fascículos; por conseguinte, os artigos serão publicados conforme forem aprovados, revisados e traduzidos.

Consideram-se os seguintes requisitos mínimos para um artigo se qualificar para a revisão adhoc: (1) elaborado seguindo rigorosamente as NORMAS de formatação, estrutura e estilo, (2) em formato WORD.doc, (3) a coleta de dados não ter ocorrido há mais de 5 anos, (4) Do RESUMO à CONCLUSÃO escritos em obediência às Normas da Língua Vernácula, empregando-se o verbo na voz ativa, sintética ou analítica, com exceção do objetivo (apresentar o verbo no INFINITIVO). Não citar autores e/ou ano (5) envio da documentação exigida para cada categoria de artigo, (6) Preenchimento do formulário dos metadados da submissão em INGLÊS e PORTUGUÊS.

Os manuscritos que não cumprem tais requisitos são RECUSADOS e ARQUIVADOS.

ESTRUTURA/FORMATAÇÃO/CONTEÚDO E ESCRITA DOS ARTIGOS

TÍTULO (somente no idioma original, não mais que 10 palavras)

AUTORES (1-8, explícitos no artigo e, também, em METADADOS da submissão)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol, em número de 6 (seis))

CREDENCIAIS DOS AUTORES (explícitas no artigo: número ORCID® (Open Researcher and Contributor ID: <https://orcid.org/register>)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (nome completo e e-mail)

Informar (se for o caso!): Artigo extraído da (e) (tese, dissertação, monografia ou Trabalho de Conclusão de Curso) intitulado: Título. Instituição vinculada, ano.

Em todos os artigos usem os termos das seções INTRODUÇÃO, OBJETIVO(S), MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, REFERÊNCIAS.

Os AGRADECIMENTOS e FINANCIAMENTO deverão constar antes das REFERÊNCIAS, se constarem no artigo.

Os seguintes documentos devem ser anexados na Reuol:

1. Artigos em uma das categorias ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA/ESTUDO DE CASO, NOTA PRÉVIA - que envolvam SERES HUMANOS, anexar os documentos (a), exceto dados de domínio público, e (b); os de REVISÃO SISTEMÁTICA (Metanálise), (b) e (c) e REVISÃO INTEGRATIVA (d), e INFORMATIVO apenas o (b):

a) CÓPIA DA APROVAÇÃO do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos.

b) FORMULÁRIO de declaração (download em: authorship_responsibility.doc)

c) Checklist e fluxograma PRISMA: apresentar no método. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis - PRISMA em MS Word (<http://www.consort-statement.org/download/Media/Default/Downloads/CONSORT%202010%20Checklist.doc> e [http://www.consort-](http://www.consort-statement.org/download/Media/Default/Downloads/CONSORT%202010%20Flow%20Diagram.doc)

[statement.org/download/Media/Default/Downloads/CONSORT%202010%20Flow%20Diagram.doc](http://www.consort-statement.org/download/Media/Default/Downloads/CONSORT%202010%20Flow%20Diagram.doc))

; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

d) Apresentar na seção do MÉTODO do artigo o FLUXOGRAMA - PRISMA 2009 (disponibilizado no TEMPLATE A)

▫ Guias para apresentação do texto

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 - checklist).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT (checklist e fluxograma). Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma). Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist). Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist). Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

LAYOUT DA PÁGINA:

1) PAPEL OFÍCIO (21,59 x 35,56 cm)

2) MARGENS DA PÁGINA: 1,0 cm SUPERIOR e INFERIOR / 1,25 cm DIREIRA e ESQUERDA

LETRA: Trebuchet MS de 12-pontos

NÃO USAR: rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar nem numerar as seções e subseções do artigo

ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS em todo o ARTIGO

IDIOMAS: Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução* o artigo

ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO).

*Com o parecer APROVADO, a LISTA com os nomes dos REVISORES/TRADUTORES é enviada após finalizado o processo de avaliação por pares. Traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Neste ponto, o texto original deve ser traduzido em idioma inglês. Os autores são responsáveis pelo custo da tradução. Para garantir a qualidade das traduções, só serão aceitas quando acompanhadas do certificado de tradução de um dos profissionais credenciados pela JNUOL.

TEXTO: escrito na voz ativa, sintética ou analítica, sequencial e justificado. Não citar autores e/ou ano.

CITAÇÕES: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e posicionado após o ponto final, ou vírgula quando convier (vide exemplo)*.

- NÃO USAR o EndNote, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.
- Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

*Ex:s (1). deixá-los sem parênteses, sobrescritos e posicionado após o ponto final. 1-3; 10-3; 12-5

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 1 cm, letra tamanho 12 (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

NÚMERO DE PÁGINAS:

1) 30 PÁGINAS (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) MARGENS LATERAIS DO TEXTO: 0,5 cm.

TÍTULO: somente no idioma do artigo, com 10 ou menos palavras; NÃO EMPREGAR: siglas, elementos institucional e do método, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional.

Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES

DeCS: <http://decs.bvs.br>

AUTORES: 1-8 no máximo, explícitos no artigo.

Nome completo, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. *Ex: Edinaldo Cavalcante de Araújo 1 , Maria Prado 2 , Lulu de Areita 3

RESUMO: somente no idioma original, NÃO MAIS que 200 palavras, incluindo os descritores.

Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: Objetivo (verbo no infinitivo): Método*: Resultados (os principais): Conclusão (1. responder estritamente ao objetivo; 2. expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados; e, 3. contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico):

**Descritores/Descriptors/Descriptores (apresentar 6 com as iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;): *Devem ser extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do Medical Subject Headings (MESH): <https://meshb.nlm.nih.gov/search>).

*MÉTODOS – estudo qualitativo, quantitativo ou misto, tipo de estudo (descritivo, exploratório, explicativo, coorte, transversal, caso controle, analítico, reflexivo, histórico, documental, metodológico, de levantamento, experimental, quase-experimental, ex-post-facto, estudo de caso, pesquisa-ação, pesquisa-participante, dentre outros), amostra, instrumento(s) de coleta de dados, procedimentos de análise dos dados.

Os ENSAIOS CLÍNICOS devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

ITENS NÃO PERMITIDOS: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

MÉTODOS – Revisão Sistemática de Literatura (o protocolo da RS deve ter sido submetido ao Cochrane Review Group ou Evidence Synthesis Groups (JBI)): elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração e síntese das evidências científicas**; avaliação da qualidade metodológica e das evidências científicas; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados e declaração de conflito de interesses.

*A Colaboração Cochrane desenvolveu o software Review Manager (RevMan) para auxiliar na elaboração do protocolo e desenvolvimento da RS.

**O JBI também desenvolveu os softwares JBI-QARI, JBI-MAStARI, JBI-ACTU-ARI e JBI-NOTARI, para gerenciar, avaliar, extrair e sintetizar as EC, voltados para RS de pesquisas qualitativas, quantitativas, assim como de estudos econômicos e textos de opinião de expertos e informes, respectivamente.

*Método – Revisão Integrativa de Literatura – estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa; delimitação temporal; fonte de busca; os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

DESCREVER AS CREDENCIAIS DOS AUTORES

1) Principal instituição* a que pertence, cidade, estado (sigla), país, informar o número ORCID® (Open Researcher and Contributor ID: <https://orcid.org/register>)

*Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (Ex: universidade, departamento, faculdade, hospital, prefeitura, unidade de saúde, dentre outros)

**Autor responsável para troca de correspondência: nome completo e e-mail

TEXTO: manuscritos nas seções Original, Relato de experiência/Estudo de caso, Estudo de caso clínico, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, Revisões de literatura sistemática* e integrativa* devem apresentar: INTRODUÇÃO, OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS (opcional), FINANCIAMENTO (se tiver), REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

*Método – estudo qualitativo, quantitativo ou misto; tipo de estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em pesquisa e número do CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

MÉTODOS – Revisão Sistemática de Literatura (o protocolo da RS deve ter sido submetido ao Cochrane Review Group ou Evidence Synthesis Groups (JBI)): elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração e síntese das evidências científicas**; avaliação da qualidade metodológica e das evidências científicas; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados e declaração de conflito de interesses.

*A Colaboração Cochrane desenvolveu o software Review Manager (RevMan) para auxiliar na elaboração do protocolo e desenvolvimento da RS.

**O JBI também desenvolveu os softwares JBI-QARI, JBI-MAStARI, JBI-ACTU-ARI e JBI-NOTARI, para gerenciar, avaliar, extrair e sintetizar as EC, voltados para RS de pesquisas qualitativas, quantitativas, assim como de estudos econômicos e textos de opinião de expertos e informes, respectivamente.

*Método – Revisão Integrativa de Literatura – elaboração da pergunta de pesquisa, delimitação temporal, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado), avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado para avaliar o RIGOR METODOLÓGICO e VIÉS DOS ESTUDOS), classificação dos níveis de evidências dos artigos a serem analisados (CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA), processo de análise dos estudos/interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

TABELAS: Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word (em cor verde). Dados separados por

linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

O CONJUNTO de TABELAS e FIGURAS deve ser apresentado no artigo em NÚMERO MÁXIMO de 6 (seis)

SÃO FIGURAS: Gráficos, Quadros, Desenhos, Esquemas, Fluxogramas e Fotos.

APRESENTAR as FIGURAS INSERIDAS NO ARTIGO: Gráficos, Quadros, Esquemas e Fluxogramas possibilitando o ACESSO AO CONTEÚDO (use as várias tonalidades do verde). Enviar doc anexo com as PLANILHAS EXCEL.

APRESENTAR Fotos (em cores), e Desenhos INSERIDOS NO ARTIGO: O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras (Gráficos), devem ser elaboradas nos Programas Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %).

REFERÊNCIAS: de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

NÚMERO DE REFERÊNCIAS: sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto, sendo consideradas:

▶ 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos

▶ 30% nos últimos 3 anos

▶ 10% sem limite temporal.

- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possui de um até 6 autores, citar todos, separados por vírgula; quando possui mais de 6 autores, citar todos os 6 primeiros seguidos da expressão latina “et al”.
- Na lista de referências, devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
- Citar de 3 a 6 referências de periódicos estrangeiros na versão em inglês.
- Inserir DOI ou link ou link de acesso em todas as referências.
- NÃO USAR o EndNote, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.
- Não citar LITERATURAS CINZENTAS: teses, dissertações (exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise), TCC. Livros e capítulos, manuais, normas, legislação (exceto as imprescindíveis). Livros só devem ser citados os que fundamentam o método de pesquisa.

- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Em relação à abreviatura dos meses, consultar:
<http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

EXEMPLOS:

1. Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Work conditions and ergonomic factors of health risks to the Nursing team of the mobile emergency care/SAMU in Recife City. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr [cited 2010 Oct 12];4(1):145-52. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230727>
2. Rozenfeld M, Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de, Loyola Filho AI, Uchoa E, et al. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Scochi CGS, Carletti M, Nunes R, Furtado MCC, Leite AM. Pain at the neonatal unit under a perspective of nursing staff from a University hospital, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Bras Enferm. 2006 Mar/Apr;59(2):188-94. Doi: 10.1590/S0034-71672006000200013

TAXA DE SUBMISSÃO

A Reuol não cobra taxa de submissão.

Custos

O custo de publicação para o autor é composto pela Taxa de Publicação, avaliação e pelos custos de revisão gramatical e de tradução do artigo para publicação em no idioma inglês, além do título e resumo bilíngues. As credenciais dos autores devem ser traduzidos apenas para o inglês.

Taxa

Artigos de instituições fora do Brasil também pagam a taxa de publicação. A taxa é solicitada aos autores pela aprovação do artigo no valor de R\$ 150,00.

Forma de pagamento: boleto bancário

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

No link abaixo emita a GRU:

http://consulta.tesouro.fazenda.gov.br/gru_novosite/gru_simples.asp

Seguem os códigos para emissão de GRU da REUOL:

Unidade Gestora : 153087 - Gestão: 15233 (CCS - Diretoria do Centro de Ciências da Saude da UFPE)

Código de Recolhimento : 28839-0 (Serviço de Informações Científicas e Tecnológicas)

Número de Referência : 15339231000002 (Revista de Enfermagem UFPE on line [REUOL - ISSN: 1981-8963 - Departamento de Enfermagem)

Traduções

Traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Neste ponto, o texto original deve ser traduzido em idioma inglês. Os autores são responsáveis pelo custo da tradução. Para garantir a qualidade das traduções, só serão aceitas quando acompanhadas do certificado de tradução de um dos profissionais credenciados pela JNUOL.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Segui RIGOROSAMENTE as "Diretrizes para Autores", na seção "SOBRE":

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/about/submissions#onlineSubmissions>

2. SEI que havendo incompletude ou inadequação a submissão SERÁ ARQUIVADA após comunicado. Novo processo de submissão deverá ser INICIADO.

3. SEI dos requisitos mínimos para um artigo se qualificar para a revisão ad hoc: (1) elaborado seguindo rigorosamente as NORMAS de formatação, estrutura e estilo, (2) em formato WORD.doc, (3) a coleta de dados não ter ocorrido há mais de 3 anos, (4) escrito na Voz Passiva Sintética ou Pronominal (constrói-se com o verbo na 3ª pessoa, seguido do pronome apassivador SE), (5) envio da documentação exigida para cada categoria de artigo, (6) Preenchimento do formulário dos metadados da submissão.

Declaração de Direito Autoral

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito bi(tri)lingue (TÍTULO DO ARTIGO) à Revista de Enfermagem UFPE on line/Reuol.

O(s) signatário(s) garante(m) que o artigo é original, que não infringe os direitos autorais ou qualquer outro direito de propriedade de terceiros, que não foi enviado para publicação em nenhuma outra

revista e que não foi publicado anteriormente. O(s) autor(es) confirma(m) que a versão final do manuscrito foi revisada e aprovada, pois os seguintes critérios foram atendidos, de modo a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

Concordo/amos que o manuscrito bi(tri)lingue, uma vez publicado, torna-se propriedade permanente da Revista de Enfermagem UFPE on line/Reuol e não pode ser publicado sem o consentimento por escrito do Editor-Chefe.

_____ / _____ / _____ 12

Local e data

Assinatura_____

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados na REUOL serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.