

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, a Professora Doutora Célia Santos, pelo seu apoio, disponibilidade e orientação científica assim como à minha co-orientadora, a Mestre Ana Leonor Ribeiro.

Aos serviços de otorrinolaringologia das quatro instituições que participaram no estudo, pela colaboração para que a recolha de dados pudesse de facto ocorrer.

Às pessoas portadoras de traqueostomia que aceitaram participar no estudo.

À Sandra, a minha amiga de sempre.

À Isabel Valente por todo o entusiasmo que me transmitiu durante a realização deste mestrado.

Ao Telmo Bento, que me facultou o suporte informático necessário para a realização deste trabalho.

À família e amigos pela compreensão das minhas ausências.

## **ABREVIATURAS**

Amp - amplitude

DP - desvio padrão

et al. - e outros

M - média

Máx - máximo

Min - mínimo

N - amostra total

n - subamostra

nº - número

p. - página

Vol - volume

Consult - consultado

## **SIGLAS**

ACT - Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia

APLV - Associação Portuguesa dos Limitados da Voz

OMS - Organização Mundial de Saúde

QdV - Qualidade de vida

QdVRS - Qualidade de vida relacionada com a saúde

QVS - Qualidade de vida e saúde

QQVPT - Questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia

SC - Satisfação com a comunicação

SCS - Satisfação com os cuidados de saúde

SNBV - Satisfação das necessidades básicas de vida

UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO.....	13
1 - A PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOSTOMIA.....	17
2 - QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOSTOMIA.....	21
2.1 - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	22
2.2 - Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida.....	24
2.3 - Implicações da Traqueostomia na Qualidade de Vida.....	27
2.3.1 - <i>Implicações Físicas</i> .....	27
2.3.2 - <i>Implicações Psicológicas</i> .....	30
2.3.3 - <i>Implicações Socioeconómicas</i> .....	31
2.4 - Importância da Avaliação da Qualidade de Vida Para a Prática de Enfermagem.....	32
3 - CONTRIBUTOS DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES PARA A COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	35
4 - METODOLOGIA.....	39
4.1 - Caracterização do Estudo.....	39
4.2 - Questões de Investigação.....	40
4.3 - Variáveis.....	40

<b>4.4 - População e Amostra.....</b>	<b>41</b>
4.4.1 - <i>Caracterização da Amostra.....</i>	42
<b>4.5 - Colheita de Dados.....</b>	<b>53</b>
4.5.1 - <i>Instrumento de Colheita de Dados.....</i>	54
4.5.2 - <i>Procedimentos na Colheita de Dados.....</i>	61
<b>4.6 - Questões Éticas.....</b>	<b>62</b>
<b>4.7 - Estratégias de Análise dos Dados.....</b>	<b>63</b>
<b>5 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1 - Qualidade de Vida da Pessoa com Traqueostomia na Amostra em     Estudo.....</b>	<b>65</b>
<b>5.2 - Análise da Qualidade de Vida de Acordo com as Variáveis Socio-     demográficas, Clínicas e de Saúde.....</b>	<b>67</b>
<b>6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>7 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>89</b>
<b>8 - BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>107</b>
<b>Anexo I - Operacionalização das variáveis de controlo.....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo II - Instrumento de colheita de dados.....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo III - Autorização da UNIESEP para utilizar o instrumento de colheita de     dados.....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo IV - Autorizações das quatro instituições de saúde para realizar o estudo     de investigação.....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo V - Consentimento.....</b>	<b>147</b>
<b>Anexo VI - Informação ao participante no estudo.....</b>	<b>151</b>

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade.....	44
QUADRO 2: Distribuição da amostra de acordo com a coabitação e a situação laboral.....	44
QUADRO 3: Distribuição da amostra de acordo com o distrito de residência.....	45
QUADRO 4: Distribuição da amostra de acordo com o grupo profissional.....	46
QUADRO 5: Distribuição da amostra de acordo com a razão da incapacidade laboral.....	47
QUADRO 6: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de traqueostomia, o tipo de admissão e a doença que conduziu à cirurgia.....	49
QUADRO 7: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de tratamento.....	49
QUADRO 8: Distribuição da amostra de acordo com as doenças associadas.....	50
QUADRO 9: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de complicações.....	51
QUADRO 10: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de comunicação.....	52
QUADRO 11: Distribuição da amostra de acordo com o recurso à terapia da fala, o conhecimento da APLV e o recurso aos serviços da APLV.....	53
QUADRO 12: Consistência interna das subescalas do QQVPT e da QdV global.....	56
QUADRO 13: Distribuição dos valores de <i>Alpha de Cronbach</i> da subescala QVS se cada um dos itens for apagado.....	57
QUADRO 14: Distribuição dos valores de <i>Alpha de Cronbach</i> da subescala SNBV se cada um dos itens for apagado.....	58

QUADRO 15: Distribuição dos valores de <i>Alpha de Cronbach</i> da subescala SC se cada um dos itens for apagado.....	58
QUADRO 16: Distribuição dos valores de <i>Alpha de Cronbach</i> da subescala SCS se cada um dos itens for apagado.....	59
QUADRO 17: Distribuição dos valores de <i>Alpha de Cronbach</i> da subescala ACT se cada um dos itens for apagado.....	59
QUADRO 18: Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas do QVPT.....	60
QUADRO 19: Valores de correlação de <i>Pearson</i> .....	64
QUADRO 20: Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na amostra em estudo.....	66
QUADRO 21: Qualidade de vida da amostra em relação ao sexo.....	68
QUADRO 22: Qualidade de vida da amostra em relação à situação laboral.....	69
QUADRO 23: Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas do QVPT, a idade, os anos de escolaridade e o tempo de cirurgia.....	70
QUADRO 24: Qualidade de vida da amostra em relação ao tipo de traqueostomia.....	72
QUADRO 25: Qualidade de vida da amostra de acordo com o tipo de admissão para a cirurgia.....	73
QUADRO 26: Qualidade de vida da amostra de acordo com a presença de complicações.....	74
QUADRO 27: Qualidade de vida da amostra em relação ao tipo de comunicação.....	75
QUADRO 28: Qualidade de vida da amostra em relação ao recurso à terapia da fala.....	76
QUADRO 29: Qualidade de vida da amostra em relação ao conhecimento da APLV.....	77
QUADRO 30: Qualidade de vida da amostra em relação ao recurso dos serviços da APLV.....	78

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 1:</b> Distribuição da amostra de acordo com o escalão etário.....	43
<b>GRÁFICO 2:</b> Distribuição da amostra de acordo com o tempo de cirurgia.....	48
<b>GRÁFICO 3:</b> Perfil de qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na amostra em estudo.....	67



## RESUMO

A presença de uma traqueostomia provoca alterações não só a nível físico, mas também a nível psicológico, social, económico e laboral que afetam a qualidade de vida do indivíduo. Os efeitos da traqueostomia estão para além do procedimento em si.

Este estudo tem como objetivos: descrever a perceção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia; conhecer a sua perceção sobre a autoeficácia; conhecer a satisfação com os cuidados de saúde e descrever os fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com uma amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 100 pessoas portadoras de traqueostomia, que recorreram às consultas de otorrinolaringologia de quatro instituições de saúde do grande Porto, e que responderam ao questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueostomia desenvolvido pela UNIESEP da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tiveram como critérios de inclusão na amostra: a presença de traqueostomia há pelo menos um mês, com idade superior a 18 anos, a capacidade para responderem ao questionário e aceitarem participar no estudo.

A amostra apresenta um score global médio de qualidade de vida de 3. Os valores situam-se entre o valor 2 da subescala satisfação com a comunicação e 4,60 da subescala satisfação com os cuidados de saúde. Quanto maior é a escolaridade maior é a satisfação com a comunicação assim como a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia. A qualidade de vida da pessoa com traqueostomia e a subescala satisfação das necessidades básicas de vida são favorecidas muito significativamente com o tempo decorrido após a cirurgia. O tempo influencia muitíssimo significativamente as subescalas qualidade de vida e saúde e a satisfação com a comunicação. Os portadores de traqueostomia definitiva, apresentaram melhor satisfação das necessidades básicas de vida comparativamente aos portadores de traqueostomia temporária. As pessoas submetidas a traqueostomia programada e sem complicações apresentaram melhor qualidade de vida e saúde. Como tipo de comunicação, a oclusão do orifício da traqueostomia revelou-se mais favorável à qualidade de vida e saúde em relação à fala esofágica. As subescalas qualidade de vida e saúde e autoeficácia no cuidado com a traqueostomia são favorecidas pelo recurso à terapia da fala. O conhecimento da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz é favorável à qualidade de vida e saúde e também à autoeficácia no cuidado com a traqueostomia. O recurso à Associação Portuguesa dos Limitados da Voz também é favorável à autoeficácia no cuidado com a traqueostomia.

A traqueostomia tem um profundo impacto na qualidade de vida. A avaliação da QdV da pessoa com traqueostomia permite a escolha das estratégias de intervenção mais eficazes e ao mesmo tempo melhorar os cuidados de enfermagem. O QdVPT é um instrumento útil que deve continuar a ser desenvolvido em estudos posteriores, no sentido de melhorar a atividade diagnóstica de enfermagem.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, traqueostomia, laringectomia.



## QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH TRACHEOSTOMY IN THE GREATER PORTO REGION

### ABSTRACT

Having a tracheostomy causes changes at the physical, psychological, social, economic and employment levels, which affect a person's quality of life. The effects of a tracheostomy are felt long after the actual procedure.

The purposes of this study are: to describe how people with tracheostomies perceive their quality of life; to find out about their perception of self-efficacy; to find out their satisfaction with their health care, and to describe the factors that influence the quality of life of a person with tracheostomy.

This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study, with non-probabilistic convenience sampling. The sample comprises 100 individuals who have undergone tracheostomy, who attended ear, nose and throat appointments at four health institutions in Greater Porto and who answered a questionnaire on the quality of life of a person with tracheostomy that was developed in the Porto School of Nursing's research unit (UNIESEP). Criteria for inclusion in the sample were: having a tracheostomy for at least one month, age over 18, able to answer the questionnaire and consenting to take part in the study.

The sample has an overall average quality of life score of 3. The figures range from 2 on the satisfaction with communication subscale and 4.60 on the satisfaction with health care subscale. The higher the education level the greater the satisfaction with communication and self-efficacy in tracheostomy care. The quality of life of people with tracheostomy and the satisfaction of basic necessities of life subscale are favoured very significantly with the time elapsed since surgery. Time has an extremely significant influence on the subscales quality of life and health and satisfaction with communication. People with definitive tracheostomy showed more satisfaction of basic necessities of life than those with temporary tracheostomy. People who had undergone planned tracheostomy, without complications, showed better quality of life and health. As type of communication, occlusion of the tracheostomy orifice was found to be better for the quality of life and health in relation to esophageal speech. The subscales quality of life and health in tracheostomy care benefit from the use of speech therapy. Knowledge of the Associação Portuguesa dos Limitados da Voz (Portuguese Association of Persons with Voice Limitation) is beneficial to quality of life and health, and to self-efficacy in tracheostomy care. Recourse to the Portuguese Association (APLV) also favours self-efficacy in tracheostomy care.

Tracheostomy has a profound impact on the quality of life. Assessment of the QoL of a person with tracheostomy makes it possible to choose more effective intervention strategies, as well as to improve nursing care. The QQVPT is a useful tool that should continue to be developed in subsequent studies with a view to improving diagnosis and nursing.

**Keywords:** Quality of life, tracheostomy, laryngectomy.



## O - INTRODUÇÃO

Esta dissertação representa um percurso de investigação que realizamos no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A região da cabeça e pescoço é singular, na qual existem interações complexas entre a face, a cavidade oral, a passagem do ar, a apresentação pessoal, a ingestão de comida, o que requer um planeamento exigente das intervenções (Jennings et al., 2009).

A face é considerada fundamental para a construção da identidade pessoal. Alterações profundas na área da face influenciam a autoimagem, o relacionamento com parceiros, sexualidade e podem contribuir para o isolamento social (Kobayashy, 2008; Morris e Afifi, 2010).

A presença de uma traqueostomia provoca alterações físicas, psicológicas, sociais, económicas e laborais, na vida do indivíduo. À pessoa com traqueostomia estão associados problemas psicossociais, como depressão, mudanças na qualidade de vida, imagem corporal e suporte social (Morris e Afifi, 2010).

Após a realização da traqueostomia, para além das exigências relativas ao autocuidado, a pessoa confronta-se com um conjunto de alterações a nível do padrão respiratório, deglutição, atividades de vida diária e imagem corporal que afetam a sua qualidade de vida. De facto, *“(...) a presença de uma traqueostomia terá impacto sobre a saúde geral do indivíduo, bem-estar psicológico, escolhas de vida e relacionamentos”* (Bowers e Scase, 2007, p. 476).

O imperativo de integrar estas mudanças nas atividades do dia a dia constitui o grande desafio para a pessoa portadora de traqueostomia. Ao procurar as estratégias mais adequadas para a adaptação à nova condição, o objetivo último da pessoa é obter a melhor qualidade de vida. Neste sentido, a atuação da equipa multidisciplinar, ao considerar a qualidade de vida no processo de cuidar, permite a promoção de respostas adaptativas eficazes para a transição da pessoa portadora de traqueostomia.

As dificuldades sentidas pela pessoa com traqueostomia após a alta hospitalar e sua influência na qualidade de vida são indicadores da necessidade de apoio

específico por parte dos profissionais de saúde e os enfermeiros encontram-se numa posição favorável para melhorar a qualidade de vida (Noonan e Hegarty, 2010).

Gul e Karadag (2010, p.445) em relação à pessoa com traqueostomia, referem que “ (...) *o objetivo da enfermagem nos cuidados de saúde a longo prazo, não é apenas contribuir para o prolongamento da vida do paciente, mas também implementar as medidas necessárias para atingir o máximo de qualidade de vida*”.

O conhecimento dos sentimentos e vivências da pessoa com traqueostomia, permite compreender com mais profundidade as suas reais necessidades e deste modo, proporcionar uma base consistente para o seu cuidado, paralelamente com as habilidades exigidas aos profissionais (Foster, 2010).

Assim, a avaliação da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia constitui uma ferramenta de apoio à tomada de decisão e facilita a escolha das estratégias de intervenção mais eficazes (Paula e Gama, 2009).

O contacto diário com pessoas portadoras de traqueostomia (definitiva ou temporária) em contexto de trabalho, suscitou o interesse em compreender de que forma a traqueostomia interfere com a qualidade de vida. Ao mesmo tempo, também é pertinente perceber como os dados resultantes da avaliação da qualidade de vida podem contribuir para a definição de estratégias que promovam a melhoria da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Neste sentido, é insuficiente uma abordagem que se centre apenas nas alterações visíveis da traqueostomia, uma vez que os seus efeitos estão para além do procedimento em si. A perda da sensação da normalidade, da capacidade funcional, tem um profundo impacto na qualidade de vida da pessoa, que vai muito mais além da dimensão física da traqueostomia (Foster, 2010). Neste sentido, decide-se pela expressão *pessoa com traqueostomia* e não *traqueostomizado*.

Neste contexto foi decidido realizar um estudo sobre a problemática da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia no período posterior à alta hospitalar. É neste período que a pessoa se confronta com o verdadeiro impacto da traqueostomia na sua vida, uma vez que até então se encontrava protegida pelo ambiente hospitalar.

Devido à falta de estudos publicados em Portugal, nesta população específica, decidiu-se enveredar por um estudo exploratório, descritivo e transversal.

No entanto, diversos estudos publicados fora de Portugal nesta área, fazem

referência a um período de seis a doze meses para que ocorra uma melhoria na qualidade de vida, o que pode estar relacionado com o processo de adaptação à traqueostomia. Este facto justifica a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade de vida.

Neste âmbito, é importante contribuir para um melhor conhecimento sobre a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, no sentido de melhorar os cuidados de enfermagem, adaptando-os às necessidades específicas desta população. Esta é a finalidade da nossa investigação.

Como objetivos para esta investigação foram definidos os seguintes:

- Descrever a perceção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia;
- Conhecer a perceção sobre a autoeficácia da pessoa com traqueostomia;
- Conhecer a satisfação da pessoa com traqueostomia com os cuidados de saúde;
- Descrever os fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Neste documento o termo *perceção* será utilizado com o significado de “*Faculdade ou capacidade de apreender por meio dos sentidos ou da mente*” (Vaza e Colaço, 2008, p. 889). O conceito de qualidade de vida a adotar ao longo do trabalho será a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS definiu qualidade de vida como:

*“(...) a perceção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objetivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio”* (OMS, 1995, p. 1403).

Os termos *traqueostomia* e *ostomia de ventilação* serão utilizados com o mesmo significado. Uma traqueostomia ou ostomia de ventilação significa a abertura de um estoma na parede anterior da traqueia, com o objetivo de facilitar a ventilação. Para efeitos de definição e clarificação de conceitos, ao longo do trabalho o termo de traqueostomia será utilizado de igual modo seja o seu carácter temporário ou definitivo

Como modelo conceptual de referência para o estudo, optou-se pela teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000). A transição consiste numa “*(...) mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades*” (Meleis, 2007, p. 470) e também “*um processo psicológico que envolve a adaptação ao evento ou disrupção.*” (Kralik et al., 2006, p. 322).

Assim, a transição implica uma redefinição do sentido da pessoa no contexto da sociedade, através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações do comportamento, sendo esta uma das áreas de intervenção dos enfermeiros (Meleis, 2007).

O conceito de transição é central para a enfermagem (Schumacher e Meleis, 1994) e por isso dedica-se aos processos e experiências da pessoa em transição no qual a saúde e a perceção de bem-estar é o objetivo (Meleis e Trangenstein, 1994). Neste sentido, consideramos importante aprofundar este conceito porque o entendemos como referência no desenvolvimento deste estudo.

O quadro de referência que facultará a estrutura teórica e conceptual deste estudo, é abordado nos três primeiros capítulos.

No capítulo um, é efetuada uma clarificação do conceito de traqueostomia assim como as indicações, tipos e complicações. O segundo capítulo deste trabalho é dedicado à problemática da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, nomeadamente: a qualidade de vida relacionada com a saúde, os instrumentos de avaliação existentes e a importância do tema para a enfermagem. Para além disso, é apresentado o conhecimento disponível acerca do tema em estudo. No terceiro capítulo é efetuada uma referência à teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000) e Meleis (2007) e seu contributo para a compreensão da problemática em estudo.

A metodologia adotada para este estudo será explicitada no quarto capítulo, onde se refere nomeadamente: o tipo de estudo, as variáveis, a população e a amostra, as estratégias de colheita e análise de dados e as questões éticas. O quinto capítulo é dedicado à apresentação e análise dos dados.

No capítulo seguinte é realizada uma discussão dos resultados obtidos, as limitações do estudo complementada com o que está disponível na literatura. No sétimo capítulo, apresentaremos as principais conclusões, assim como algumas sugestões para desenvolvimentos futuros.

Este trabalho constitui-se como uma oportunidade de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento do percurso profissional do investigador e podendo facilitar uma melhor compreensão do tema em estudo, ou seja a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

## **1 - A PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOSTOMIA**

Cada pessoa com traqueostomia é única e as suas características individuais devem ser consideradas na avaliação, planeamento e gestão dos cuidados (Morris, 2010). Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidado à pessoa com traqueostomia, com um impacto significativo no bem-estar e qualidade de vida em geral do indivíduo (Ministry of Health Singapore, 2010).

A palavra estoma deriva do grego que representa abertura ou boca (Leyn et al., 2007). A traqueotomia refere-se à incisão na parede anterior da traqueia com o objetivo de criar um orifício para o exterior ou estoma (Leyn et al., 2007; Ministry of Health Singapore, 2010; Santos, 2011). Os termos traqueotomia e traqueostomia são utilizados por alguns autores como sendo comuns, outros ainda estabelecendo a sua diferença no caráter temporário (traqueotomia) ou definitivo (traqueostomia) do procedimento (Price, 2004).

### **Indicações**

São essencialmente dois tipos de indicações para realizar uma traqueostomia: situações de obstrução da via aérea e para suporte ventilatório (Clotworth et al., 2007; Bové e Afifi, 2010; Santos, 2011).

As situações de obstrução da via aérea resultam de: anomalias congénitas, presença de corpos estranhos, patologias da laringe (neoplasias, infeções, paralisias bilaterais das cordas vocais em abdução), situações de enfisema subcutâneo grave, traumatismos graves da região cervical e da face e por edema grave da glote.

Existe também indicação para realizar uma traqueostomia quando é necessário suporte ventilatório associado às seguintes situações: ventilação prolongada, facilitar a limpeza das secreções brônquicas, proteção da via aérea em situações de ausência de reflexos laríngeos, em situações profiláticas de cirurgia de cabeça e pescoço e nos casos de síndrome da apneia obstrutiva do sono.

## **Tipos de Traqueostomias**

Segundo Leyen e colaboradores (2007) e Bové e Afifi (2010) as traqueostomias podem ser classificadas quanto ao espaço temporal - temporárias e definitivas e quanto à técnica utilizada - cirúrgicas ou percutâneas.

As traqueostomias cirúrgicas são realizadas em contexto de bloco operatório e com a utilização de fios de sutura. Na traqueostomia percutânea é realizada uma pequena incisão na pele e inserção de uma agulha na traqueia através da qual passa um fio guia (técnica de Seldinger) e posterior dilatação do orifício o que permite a introdução da cânula adequada. Este procedimento é realizado em muitos casos nas unidades de cuidados intensivos, evitando deslocções desnecessárias do doente ao bloco operatório.

## **Complicações**

As complicações das traqueostomias influenciam de algum modo a qualidade de vida das pessoas, na medida em que interferem com a sua capacidade funcional podendo ser interpretadas como um sinal de progressão da doença subjacente e também conferem um certo grau de imprevisibilidade no processo de recuperação da pessoa. As complicações mais ou menos graves, influenciam a transição da pessoa com traqueostomia, com sentimentos de ansiedade e depressão. Vários são os estudos que associam as pessoas sem complicações com a traqueostomia a scores mais elevados de qualidade de vida (Gul e Karadag, 2010).

Neste sentido, é importante que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa com traqueostomia com competência e segurança para evitar eventuais complicações (Ministry of Health Singapore, 2010). Este aspeto assume especial relevância nos primeiros dias de pós-operatório.

As complicações com a traqueostomia podem ser imediatas (intraoperatório), precoces (pós-operatório precoce) ou tardias (dias ou meses após cirurgia) (Price, 2004; Clotworth et al., 2007; Leyn et al., 2007).

Em relação às complicações imediatas, a hemorragia é a mais frequente. A hemorragia minor pode ser controlada com o cuff da cânula. A hemorragia major exige reintervenção. Pode ocorrer ainda: laceração da traqueia e fistula traqueo-esofágica, mau posicionamento da cânula/ formação de falsos trajetos, lesão do nervo laríngeo recorrente e pneumotórax.

Como complicações precoces podem ocorrer: hemorragia, infecção, traqueíte, celulite, problemas de deglutição e deslocação da cânula. O enfisema subcutâneo pode ser causado por pressão positiva, por um encerramento muito apertado do traqueostoma ou escolha de uma cânula de tamanho incorreto permitindo a saída de ar. A obstrução da cânula é muito frequente no pós-operatório precoce. Neste caso há um aumento das secreções como resposta à presença da cânula de traqueostomia.

As complicações tardias são as seguintes: problemas de deglutição, estenose traqueal, fístula traqueoesofágica, traqueomalácia, granulomas, fístula traqueo-cutânea e úlceras do traqueostoma.



## **2 - QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOSTOMIA**

No âmbito da problemática será realizada uma revisão da literatura sobre o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), o conhecimento disponível na literatura sobre qualidade de vida da pessoa com traqueostomia e por último a importância do tema para a prática de enfermagem.

O conceito de qualidade de vida tem sido aplicado nas mais diversas áreas e contextos, encontrando-se amplamente divulgado na literatura científica e nos meios de comunicação social. A sua utilização passou a fazer parte da linguagem comum e ao longo do tempo a qualidade de vida foi um conceito que recebeu vários contributos para o seu desenvolvimento.

A qualidade de vida tem sido alvo de diversas definições e aplicações em áreas bastante distintas, abrangendo várias dimensões. Este aspeto reflete a crescente preocupação com a qualidade de vida demonstrada na bibliografia existente, na qual o conceito de saúde surge ligado à qualidade de vida.

A ligação do conceito de QdV à saúde surge com a definição da OMS. Este conceito implicou que a abordagem da saúde e da doença deixasse de ser apenas dirigida à gestão de sinais e sintomas, aos indicadores de mortalidade e morbidade, passando a incluir o bem-estar, a felicidade e a QdV dos indivíduos (Phillips, 2006).

Neste sentido, a QdV deve integrar, para além de dimensões como a felicidade e satisfação com a vida, outras dimensões objetivas, tais como a nutrição adequada, um ambiente seguro e uma vida longa e saudável (Phillips, 2006).

A OMS na sua definição de QdV, destaca a importância da perceção do indivíduo em relação aos seus objetivos de vida, quando integrado no seu contexto da cultura e sistema de valores. Cada indivíduo pode ter o seu conceito de qualidade de vida e este pode variar ao longo da vida de cada um, de acordo com as circunstâncias da vida.

Vários autores na literatura procuraram definir o conceito de qualidade de vida. De acordo com Ribeiro (2005) qualidade de vida pode representar a perceção individual sobre a postura na vida, para a qual os aspetos culturais e

as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo. Para Canavarro (2011) a QdV abrange o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelas pessoas em determinado momento das suas vidas. Phillips (2006) também considera que a QdV implica a satisfação de necessidades individuais, a autonomia necessária para participar de forma ativa na sociedade.

Nestas definições verificam-se vários aspetos comuns, nomeadamente, o bem-estar, a satisfação, a realização pessoal (dimensões subjetivas) e dimensões objetivas (necessidades básicas e funcionalidade) com relevância dada ao indivíduo como ator principal na sua qualidade de vida.

De salientar que, ao longo da vida, os objetivos pessoais, as ambições e desejos são mutáveis e que a QdV é tanto maior quanto a aproximação entre eles e a realidade vivenciada (Serra, 2011). Quando há um grande desfasamento entre os objetivos pessoais e a situação real, é possível reduzir as expectativas de forma a ajustá-las o mais possível à realidade. A análise das várias dimensões da QdV permite identificar quais as dimensões que se encontram comprometidas.

A subjetividade refere-se à perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos do seu contexto de vida, isto é o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a qualidade de vida.

Assim, a qualidade de vida baseia-se na perceção sobre os aspetos que a pessoa considera importantes num determinado momento e situação específica.

## **2.1 - Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde**

Na sociedade atual, os avanços da medicina aumentaram a esperança de vida das populações e por consequência a prevalência de doenças crónicas. Atualmente, grande parte dos profissionais de saúde têm como objetivo o controlo deste tipo de doenças, de forma a prolongar a vida do doente, prevenir possíveis complicações e minorar o sofrimento físico. Começa, também, a surgir a preocupação com a qualidade de vida dos doentes e com a melhoria de dimensões implicadas no processo da doença.

Neste sentido, tornou-se necessária uma nova abordagem à pessoa face às necessidades da sociedade cada vez mais complexa, na qual os indicadores de saúde dão ênfase às capacidades de cada indivíduo, e uma visão de saúde mais positiva, no que respeita à felicidade, bem-estar social, emocional e qualidade de vida.

A qualidade de vida começou a ser considerada numa perspetiva mais alargada, não se reduzindo a aspetos físicos, sendo alargada para as perceções que o indivíduo possui sobre os efeitos da saúde percebida na sua capacidade de viver a vida de forma aceitável. Serra (2011, p.39) refere que a QdVRS depende “(...) da distância que se estabelece entre a experiência de doença que dado ser humano atravessa e as expectativas formuladas sobre a sua recuperação”.

O objetivo principal do estudo da QdV na área da saúde/doença consiste em evidenciar os aspetos diretos e indiretos que resultam do impacto da doença ou dos tratamentos na vida do doente.

Cada vez mais a avaliação da qualidade de vida é um instrumento fundamental na área da saúde, permitindo, por um lado, avaliar o estado de saúde das pessoas e, por outro, intervir junto das populações. Por outro lado, não cabe apenas aos profissionais de saúde determinar a qualidade de vida dos pacientes através do estudo do resultado das intervenções, mas sim ao próprio doente percecionar o seu estado de saúde e conseqüente qualidade de vida.

O conceito de saúde é um domínio da qualidade de vida, sendo que esta engloba a qualidade de vida relacionada com a saúde acrescida de aspetos individuais e aspetos externos à pessoa (Fleck, 2008). Ao mesmo tempo, Patrick (2008, p. 33) considera que a qualidade de vida relacionada com a saúde indica a avaliação “(...) centralizada no conceito de saúde e nos desfechos da área da saúde, mas inclui perceções ou domínios que não estão limitados ao funcionamento.”

Para Pimentel (2006, p. 12) a QdVRS pode ser definida como “ (...) a perceção do doente sobre as suas capacidades em quatro grandes dimensões: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas”.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito que representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença produz sobre a vida diária, a qual tem influência sobre a satisfação pessoal com a vida. Santos, Martins e Ferreira (2009, p. 17) referem que este conceito de aplica-se “(...) a populações portadoras de doença, nomeadamente de doença crónica e pretende compreender de que forma os diferentes domínios (físico, funcional, psicológico e social) são influenciados pela especificidade da patologia ou as suas formas de tratamento.”

A QdVRS, tal como a QdV é um conceito multidimensional (dimensão física, psicológica, social), com uma componente subjetiva (depende da perceção da pessoa), dinâmico (varia ao longo do tempo), pode ser medido (existem

instrumentos de medida) e constitui uma necessidade (ser considerada como objetivo final) (Pimentel, 2006).

Neste sentido, a avaliação da qualidade de vida é indissociável do contexto pessoal ou sociocultural (Patrick, 2008). Torna-se cada vez mais importante na medida em que influencia a escolha das melhores alternativas de tratamento e recuperação de cada paciente (Paula e Gama, 2009) e permite “(...) *um conhecimento global dos efeitos da doença e das terapêuticas instituídas*” (Pimentel, 2006, p. 31). De facto, as medidas de qualidade de vida que apenas integram as dimensões físicas são limitadas e insuficientes (Odgen, 2004).

Em síntese, a qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser considerada como um elemento de apoio à tomada de decisão pela equipa multidisciplinar assim como um objetivo final da atuação dos profissionais.

## 2.2 - Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

Avaliar em saúde nomeadamente a qualidade de vida, deve incluir critérios intrapessoais, bem-estar psicológico, qualidade de vida percebida, competências em várias áreas da vida e ambiente. Este é um dos objetivos dos prestadores de cuidados de saúde, das autoridades de saúde, dos investigadores, uma vez que a qualidade de vida é um conceito multidimensional.

A avaliação da qualidade de vida tem sido realizada através de duas perspetivas: a perceção individual do doente ou a perceção de avaliadores externos. Uma das dificuldades encontradas durante a avaliação da qualidade de vida, reside na distância entre estas duas perspetivas.

Na tentativa de solucionar este problema, vários instrumentos têm sido utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde. Estes instrumentos proporcionam meios para identificar problemas, indicando quais os aspetos da vida que se encontram deficitários, permitindo o desenvolvimento de projetos de intervenção em pessoas com necessidades específicas.

A existência de escalas globais de avaliação em saúde acompanhou o desenvolvimento de medidas de qualidade de vida, baseadas em avaliações realizadas, quer pelos profissionais, quer pelos indivíduos. Os instrumentos genéricos, são úteis para estudar qualquer população, permitindo a comparação do impacto de vários programas de saúde. No entanto, tornam-se inadequados para detetar mudanças atribuíveis a condições específicas.

Os diários, as entrevistas e os questionários são as três formas mais utilizadas para avaliar a qualidade de vida. Os diários constituem uma estratégia de autoavaliação, sendo úteis para avaliar sinais e sintomas (Pimentel, 2006).

As entrevistas podem ser estruturadas ou incluir um conjunto de questões previamente definidas, associadas a questões abertas. As entrevistas permitem obter muita informação, mas são difíceis de generalizar e estão condicionadas à subjetividade e à experiência do avaliador (Pimentel, 2006).

Os questionários são o método mais útil para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde. É um método prático e reproduzível. Os questionários podem ser autoadministrados ou ser preenchidos com a ajuda de um avaliador (Ribeiro, 2010).

Os questionários de avaliação da QdV podem ser genéricos ou multidimensionais, quando avaliam a QdV nas suas diferentes dimensões. Estes questionários podem ser aplicados a populações saudáveis e a populações doentes.

Os instrumentos específicos avaliam determinados aspetos de uma doença, população ou de um sintoma clínico. Estes instrumentos ainda podem assumir uma composição mista quando incluem uma componente genérica associada a questões específicas.

Como exemplos de questionários genéricos temos os seguintes:

- O *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (MOS-SF36)*. Este instrumento avalia o estado geral de saúde em oito domínios (funcionamento físico, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental. Existem também formas abreviadas de 12 e oito itens.

- O *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQLQ-100)*. Este questionário foi desenvolvido pela OMS, constituído por 100 questões. É uma escala formada por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/ crenças pessoais). No seu conjunto o instrumento é constituído por 24 facetas específicas e uma geral, que inclui perguntas de avaliação global da qualidade de vida.

Como exemplos de questionários específicos temos os seguintes:

- O *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30*. Este questionário é específico para doentes com cancro e tem 30 itens divididos em cinco escalas funcionais (física, desempenho emocional, cognitiva e social), três escalas de sintomas (fadiga, náusea e vômito e dor) e uma escala

global do estado de saúde e mais seis itens comuns a doentes oncológicos (dispneia, insónia, obstipação, diarreia, perda de apetite, dificuldades financeiras).

O EORTC-QLQ-C30 assume a característica de instrumento misto quando são adicionados os módulos específicos para cada tipo de cancro. O módulo referente ao cancro da cabeça e pescoço (QLQ-H&N35) é o mais utilizado em populações portadoras de traqueostomia.

- O *Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G)*. É um instrumento específico para a doença oncológica e possui 27 itens, distribuídos por subescalas de bem-estar físico, social/ familiar, geral, emocional e funcional. Assim como o EORTC-QLQ-C30, este questionário também assume uma estrutura mista quando associado aos módulos específicos de cada tipo de cancro, ou ao módulo relativo aos efeitos adversos da terapêutica.

Na bibliografia ainda podemos encontrar outros instrumentos específicos, tais como: o *University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QLQ)* para doentes oncológicos e o *University of Michigan Head and Neck Quality of Life Questionnaire (H&NQLQ)*, para doentes com cancro da cabeça e pescoço.

Ainda existem questionários que avaliam determinadas dimensões da qualidade de vida, nomeadamente, a comunicação e a deglutição. O *Voice-Related Quality of Life (V-RQOL)* é um questionário com dois domínios (sócio-emocional e funcionamento físico) que se dividem em dez itens.

O *Quality of Life Questionnaire in Swallowing Disorders Questionnaire (SWAL-QOL)* foi desenvolvido por McHorney e colaboradores (2002) para avaliar o impacto das alterações da deglutição na qualidade de vida. Este questionário é constituído por 44 questões distribuídas por dez escalas (sobrecarga, desejo, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo, saúde mental, função social, sono e fadiga). O questionário também avalia a perceção da pessoa relativamente à saúde global.

Podendo ter como objeto de estudo diversas dimensões da QdVRS, os questionários devem gozar de um conjunto de características estruturais, tais como: ter uma população alvo bem delimitada, reportar a um período de avaliação bem definido, utilizar linguagem acessível a todos os graus de instrução e escolarização, ser sensível a alterações das dimensões da QdV causadas pelo estado de saúde/doença, possuir poder discriminativo, ser exequível, ser detentor de propriedades psicométricas (fiabilidade e validade) e respeitar as suscetibilidades dos indivíduos (Pimentel, 2006; Ribeiro, 2010).

## **2.3 - Implicações da Traqueostomia na Qualidade de Vida**

A vivência da pessoa com traqueostomia, não se limita apenas às consequências físicas dela resultantes, mas resulta de uma relação entre as várias dimensões, da forma como cada uma contribui para a experiência e da percepção individual sobre os efeitos na qualidade de vida (Foster, 2010).

A presença de uma traqueostomia tem um profundo impacto no bem-estar físico, funcional e emocional. A pesquisa efetuada demonstra a existência de vários estudos sobre os efeitos da doença na qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, nomeadamente os efeitos na vida familiar, social e laboral, na autoestima, na imagem corporal e na capacidade funcional (Vilaseca, Chen e Backscheider, 2006; Woodard, Oplatek e Petruzzelli, 2007; Semple et al., 2008; Kazi et al., 2008; Paula e Gama, 2009; Gomes e Rodrigues, 2010; Hashmi et al., 2010; Gul e Karadag, 2010).

### *2.3.1 - Implicações Físicas*

A presença de uma traqueostomia pode implicar a eliminação de estruturas anatómicas diretamente relacionadas com as funções básicas (comer, beber, respirar), por este facto, as consequências do tratamento cirúrgico são aspetos a considerar e são determinantes para a qualidade de vida da pessoa portadora de traqueostomia (Blanco e González-Botas, 2011)

O tratamento cirúrgico, a radioterapia e a quimioterapia provocam alterações significativas nomeadamente na deglutição, secreções, boca seca, alterações no olfato, paladar, perda da voz, problemas com os músculos cervicais e também diminuição da capacidade funcional (Mowry et al., 2006; Liu et al., 2008; Queija et al., 2009; Jayasuriya et al., 2010; Gomes e Rodrigues, 2010).

A presença de doenças pré-existentes, a realização de quimioterapia ou radioterapia prévia e colocação de prótese fonatória em primeiro tempo cirúrgico são fatores que influenciam a qualidade de vida (Woodard, Oplatek e Petruzzelli, 2007). O estudo de Blanco e González-Botas (2011) entre portadores de traqueostomia temporária e definitiva, revelou não existirem diferenças significativas entre os dois grupos, no que respeita à QdV na avaliação inicial, aos três e seis meses. Ao mesmo tempo, os resultados demonstraram uma QdV global satisfatória.

Gul e Karadag (2010) no seu estudo concluíram que os pacientes submetidos a traqueostomia há três meses a um ano, e submetidos a quimioterapia ou radioterapia, com dificuldades na respiração e deglutição, apresentavam scores mais baixos de qualidade de vida. Por outro lado, os pacientes independentes no cuidado à traqueostomia, sem complicações, com voz esofágica, sem problemas com o olfato e que consideravam que a sua aparência física não tinha sido afetada, apresentavam scores de qualidade de vida mais elevados. A presença de complicações pós-operatórias ou relacionadas com o tratamento são fatores que contribuem para uma redução significativa da qualidade de vida (Kazi et al., 2008).

A capacidade funcional é essencial para a promoção de sentimentos de bem-estar, conseqüentemente, qualquer limitação funcional pode alterar o autoconceito e a imagem corporal (Biardi, Warner e Knapik, 2006). No que respeita à pessoa portadora de traqueostomia, mais de metade das pessoas não conseguem manter o ritmo anterior à realização da traqueostomia (Gomes e Rodrigues, 2010).

De facto, a capacidade em realizar as atividades do dia a dia é um dos fatores mais importantes para a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia. No estudo de Singer e colaboradores (2008), as mudanças na imagem corporal e a presença de secreções não foram consideradas como as mais problemáticas, mas sim as limitações físicas.

Leeuw e colaboradores (2010) referem que o regresso à vida ativa/ emprego ocorre cerca de seis meses após o tratamento, sendo influenciado negativamente pela xerostomia, trismo, problemas com a saliva e dentes e perda de apetite. Os estudos de Nordgen e colaboradores (2006, 2008) demonstraram que a xerostomia e problemas com a dentição agravaram-se entre o diagnóstico e os cinco anos de follow-up. Também as secreções espessas aumentaram entre um a cinco anos após a cirurgia.

Para além destes, outros fatores contribuem para a diminuição da capacidade funcional da pessoa com traqueostomia. O tamanho da cânula é considerado como limitador de movimentos, com desconforto associado à aspiração de secreções e a incapacidade de comunicar de forma efetiva (Sherlock, Wilson e Exley, 2009), assim como dor no local da traqueostomia e irritação produzida pelo constante movimento do pescoço (Hashmi et al., 2010). A presença de secreções é um fator impeditivo da comunicação, da socialização com os amigos, bem como a frequência de locais públicos (Trzcieniecka-Green, Bargiel-Matusiewicz e Borczyk, 2007; Semple et al., 2008; Noonan e Hegarty, 2010).

No estudo de Kazi e colaboradores (2007) e de Gomes e Rodrigues (2010), a fala e a deglutição têm menor pontuação na avaliação da qualidade de vida, às quais é atribuída maior importância. No que respeita à deglutição/ mastigação, existe uma relação entre a presença de disfagia moderada/ severa e o impacto na qualidade de vida e na saúde mental (Queija et al., 2009). A necessidade de alterar a consistência dos alimentos, o aumento do tempo de refeição associado à dificuldade em deglutir, constitui um obstáculo à normal manutenção das relações sociais, familiares e funcionamento social (Semple, et al., 2008; Mclean, Cotton e Perry, 2009).

As dificuldades com a comunicação também são demonstradas pela pessoa portadora de traqueostomia, nomeadamente a incapacidade de alterar o volume e o tom de voz (Noonan e Hegarty, 2010). Devido a estas dificuldades de comunicação, a maioria das pessoas referem que apenas a família, vizinhos e amigos os entende (Paula e Gama, 2009; Gomes e Rodrigues, 2010; Danker et al., 2010) o que contribui para o isolamento social (Eadie, 2008). A comunicação verbal contribui para a construção da nossa identidade, na medida em que permite a interação social e a compreensão pelos outros. Neste sentido, a alteração ou ausência repentina da voz representa uma ameaça à nossa identidade (Foster, 2010).

O estudo realizado por Carmo, Camargo e Nemr (2006) revelou que a um maior desconforto com a voz correspondia uma pior qualidade de vida. Em contrapartida, os indivíduos com uma perceção positiva da voz e que realizaram terapia da fala apresentavam melhor qualidade de vida.

No domínio da sexualidade, alguns estudos sugerem que as mulheres apresentam mais dificuldades em relação aos homens, assim como um score de qualidade de vida global inferior (Lee e Hilari, 2010).

Singer e colaboradores (2008) investigaram as alterações na sexualidade num grupo de pessoas submetidas a laringectomia total e parcial (N= 206). Em relação a outros domínios da qualidade de vida, as dificuldades sexuais foram o segundo problema mais referido. Neste estudo, 60% considerou a sexualidade como um fator importante para a sua satisfação com a vida, e mais de metade da amostra demonstrou redução da libido e menor satisfação sexual. Nesta investigação 73% dos elementos da amostra eram portadores de uma traqueostomia, dos quais 66% (N=48) referiu que o estoma não interferiu com a sexualidade.

### 2.3.2 - Implicações Psicológicas

O estado emocional da pessoa interfere no decurso da doença e também na função social (Trzcieniecka-Green, Bargiel-Matusiewicz e Borczyk, 2007). Existem autores que referem que há um declínio na saúde mental no pós-operatório atribuído à diminuição da autoestima (Hashmi et al., 2010). Os problemas psicológicos mais frequentes são a ansiedade e a depressão, mas estes não se limitam ao período pós-operatório imediato (Nooman e Hegarty, 2010).

A depressão tem sido associada à qualidade de vida da pessoa, contribuindo para a diminuição da capacidade para realizar as atividades da vida diária. No estudo de Danker e colaboradores (2010) a ansiedade e a depressão estão presentes em 1/3 dos pacientes. O mesmo estudo revelou que os mais jovens evidenciam mais ansiedade, o que pode estar relacionado com a idade ativa para o trabalho.

Por outro lado, as mulheres apresentam níveis mais elevados de depressão (Kazi et al., 2008; Lee e Hilari, 2010) e menos satisfação com a aparência em relação aos homens (Liu, 2008), no entanto estes efeitos podem ser atenuados com o apoio social (Eadie, 2008). À ansiedade e depressão estão associadas manifestações tais como: irritabilidade, alterações psicomotoras, alterações de memória e também baixa autoestima (Vidaurreta e Rufo, 2008).

A ansiedade e a depressão no pós-operatório são influenciadas pela autoestima da pessoa no pré-operatório. *“Pacientes que têm autoestima elevada tendem a pensar positivamente sobre situações difíceis, enquanto os pacientes que têm baixa autoestima tendem a sentir-se negativamente”* (Kobayashi et al., 2008, p. 1307).

Brink e colaboradores (2006) demonstraram que os doentes que vivem sós apresentam pior qualidade de vida em relação aos restantes elementos da amostra, talvez pela ausência de uma rede social de apoio. Ainda no mesmo estudo, doentes melhor informados são doentes menos ansiosos e com um maior nível de autoeficácia. Níveis mais elevados de ansiedade e depressão são associados à presença de disfagia (Maclean, Cotton e Perry, 2009), à alteração do padrão respiratório (Foster, 2010) e a problemas sexuais (Singer et al., 2008).

### 2.3.3 - Implicações Socioeconómicas

A influência da traqueostomia a nível profissional e económico, é uma realidade para muitas pessoas portadoras de traqueostomia, bem como o risco de se tornarem dependentes financeiramente dos familiares. Perante as várias exigências da patologia, a pessoa com traqueostomia sente dificuldades de integrar as mudanças no seu dia a dia. Este aspeto influencia negativamente a sensação de normalidade e domínio sobre a sua própria vida, o que pode conduzir a um aumento da dependência familiar a nível do autocuidado ou financeiro (Semple et al., 2008)

O estudo realizado por Liu, (2008, p. 1930) revela que existem mudanças no estatuto social e laboral referindo que “(...) 35 % dos doentes com emprego antes do diagnóstico tiveram que mudar de atividade devido ao desconforto com a aparência.” O estudo de Mallis e colaboradores (2011) revelou uma diminuição da capacidade laboral em 91,3% da amostra e também uma taxa elevada de reforma (65,2%).

A reforma antecipada e perda de emprego resultante da doença e os custos associados ao tratamento também influenciam a qualidade de vida (Gul e Karadag, 2010; Jayasuriya et al., 2010). A incapacidade para o trabalho resultante da doença está associada à diminuição significativa do rendimento familiar (Vartanian et al., 2006; Mallis et al., 2011). As dificuldades económicas resultantes da perda ou diminuição da atividade laboral, podem permanecer ao longo do tempo. Esta situação pode estar relacionada com a complexidade e duração dos tratamentos, que condiciona a incapacidade física para o trabalho.

No que respeita à escolaridade, um nível educacional elevado pode significar melhor qualidade de vida, na medida em que permite melhor orientação e conhecimento do sistema de saúde (Demiral et al., 2008). Brink e colaboradores (2006) no seu estudo, referem que uma baixa escolaridade e o tipo de cirurgia estão relacionados com uma pior qualidade de vida, e que uma melhor educação significa mais capacidade para a procura de informação e eficácia na compreensão da mesma.

As relações sociais e a expressão emocional dependem em grande medida da integridade física e funcional da região da cabeça e pescoço (Sayed, 2009). Os aspetos físicos e psicológicos relacionados com o tratamento estão diretamente relacionados com a deterioração do funcionamento e papel social (Bozec, et al., 2009). As dificuldades na comunicação com outros e as mudanças nos

relacionamentos com a família e amigos podem conduzir ao isolamento social (Trzcieniecka-Green, Bargiel-Matusiewicz e Borczyk, 2007).

Vakharia, Ali e Wang (2007) estudaram num grupo de doentes com cancro da cabeça e pescoço, o impacto na qualidade de vida da participação num grupo de apoio. Os participantes no grupo de apoio exibem scores mais elevados nos domínios da alimentação, emoção e dor em relação aos que não participam no grupo. *“A participação em grupos de apoio relacionados com o tipo de cirurgia está associada com uma melhor qualidade de vida”* (Vakharia, Ali e Wang, 2007, p. 408).

A procura de suporte social é de extrema importância para a procura de informação sobre o diagnóstico e tratamento da doença, exercendo um papel mediador no processo saúde-doença (Santana, Zanin e Maniglia, 2008) e influencia a qualidade de vida na fase após os tratamentos (Karnell et al., 2007). O estudo realizado por Silva, Abrahão e Rudnicki (2009) revelou que, quanto maior a adequação social, melhor é a qualidade de vida. Os mesmos autores referem que o apoio social aumenta a autoestima e diminui os sintomas depressivos.

Danker e colaboradores (2010) ao investigarem a problemática do isolamento social após a laringectomia, revelaram uma diminuição na participação das atividades sociais relacionada com o estigma social e ansiedade. Ao isolamento social também está associado um aumento da depressão e pouca satisfação com a voz. Neste estudo, mais de 50 % da amostra demonstrou embaraço com a presença da traqueostomia, o que pode influenciar a autoconfiança e aumentar o stress (Trzcieniecka, Bargiel-Matusiewicz e Borczyk, 2007).

## **2.4 - Importância da Avaliação da Qualidade de Vida Para a Prática de Enfermagem**

Conhecer os sentimentos e vivências das pessoas com traqueostomia permite compreender com mais profundidade as suas necessidades concretas, e proporcionar uma base consistente para promover a qualidade dos cuidados (Foster, 2010). Para Schumacker e Meleis (1994), o papel mais relevante da enfermagem é o de ajudar as pessoas em transição. A enfermagem assume um papel facilitador dos processos de transição, no sentido de alcançar um sentimento de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994).

A enfermagem deve orientar a sua prática para as respostas corporais do indivíduo à situação de saúde/ doença e por isso tem necessidade de adaptar os seus cuidados aos significados atribuídos pela pessoa a cada situação. A avaliação das implicações da doença e tratamentos na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo, proporcionam por isso uma base de trabalho para os enfermeiros.

De facto, os pressupostos subjacentes ao conceito de qualidade de vida servem de guia à produção de cuidados de enfermagem (Santos, Martins e Ferreira, 2009). Assim, os enfermeiros podem utilizar a informação sobre a qualidade de vida do indivíduo, para planear, implementar e avaliar as intervenções dirigidas às pessoas com doença crónica (Schrim, 2006). A avaliação da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, permite aos enfermeiros desenvolver intervenções apropriadas às necessidades e ao estado de saúde, desta população específica (Schumacher e Meleis, 1994).

No cuidado à pessoa com traqueostomia a avaliação inicial e sistemática do indivíduo assume especial importância, na medida em que possibilita reduzir a distância entre as expectativas da pessoa e a realidade. Com a avaliação inicial o enfermeiro tem a possibilidade de estabelecer comparações em avaliações posteriores.

O conhecimento das características de cada um, das necessidades, do que representa para a pessoa a presença de um estoma de ventilação, permite estabelecer uma base de dados. Esta atuação permite realizar adaptações às estratégias terapêuticas ao longo de todo o processo de transição da pessoa com traqueostomia.

A avaliação da qualidade de vida baseia-se na perceção individual da pessoa e como tal, pode constituir-se como uma medida adaptada a cada situação, surge como quantificador de resultados em saúde e também como um indicador da eficácia das intervenções de enfermagem.

As terapêuticas de enfermagem na transição (Meleis et al., 2000) da pessoa com traqueostomia devem estar asseguradas ao longo de todo o processo.

Assim, considera-se a avaliação da qualidade de vida, uma terapêutica de enfermagem que permite: incentivar o autocuidado, facilitar a intervenção de uma equipa multidisciplinar, identificar as reais necessidades da pessoa, facilitar a rede social de apoio e a adaptação social.

Neste sentido, é fundamental a intervenção de uma equipa multidisciplinar para incentivar o autocuidado (Semple et al., 2008; Gul e Karadag, 2010) identificar as reais necessidades da pessoa na fase de diagnóstico (Nordgen, 2008)

e desenvolver intervenções eficazes para melhorar a qualidade de vida (Kobayashy et al., 2008). Knapik, Warner e Biardi (2006) referem que a promoção do autocuidado ajuda a pessoa a incorporar as mudanças no dia a dia. De facto, incentivar as pessoas a participar nas atividades da vida diária que são importantes para elas, facilita o regresso à normalidade.

A intervenção de uma equipa multidisciplinar fortalece a rede social de apoio (Santana, Zanin e Maniglia, 2008; Gul e Karadag, 2010; Jayasuriya et al., 2010) e a perceção de suporte social adequado, o que permite melhorar a adaptação social (Silva, Abrahão, Rudnicki, 2009) e otimizar os resultados em saúde na fase pós-tratamento (Karnell et al., 2007).

Assim, devem ser desenvolvidas estratégias para promover a integração na sociedade e otimizar o apoio social, principalmente nas pessoas mais vulneráveis. Este apoio também pode ser dirigido aos amigos e familiares, com a promoção de grupos de apoio (Lee et al., 2010). A participação em grupos de apoio deve constituir uma ajuda fundamental para a qualidade de vida da pessoa (Vakharia, Ali, Wang, 2007). Os grupos de apoio a pessoas que enfrentam mudanças na imagem corporal podem diminuir os fatores stressantes (Knapik, Warner e Biardi, 2006).

A avaliação do apoio psicossocial é importante para prevenir o stress psicológico no período pré-operatório (Kobayashy et al., 2007). A avaliação da pessoa com traqueostomia deve ser sistemática, individualizada com especial atenção ao nível educacional, às pessoas que vivem sozinhas (Brink et al., 2006) e aos fatores socioeconómicos (Demiral et al., 2008) para otimizar a qualidade de vida. Os programas de reabilitação das pessoas com patologia que condiciona a realização de uma traqueostomia, devem ser baseados no tipo de cirurgia (Brink et al., 2006) e sistemáticos para diminuir a incapacidade para o trabalho (Vartanian, 2006).

Os programas de reabilitação, como referido anteriormente, devem ser individualizados e com especial atenção às expectativas da pessoa portadora de traqueostomia. No estudo realizado por Vidaurreta e Rufo (2008) com o objetivo de compreender o comportamento dos laringectomizados submetidos a terapia da fala em dois momentos diferentes (antes e após a intervenção), verificou que o ligeiro aumento dos níveis de ansiedade na segunda fase do estudo, podem estar relacionados com a diferença entre as expectativas e os resultados obtidos em relação à qualidade da voz. Para diminuir as consequências desta diferença de expectativas, durante o processo de adaptação à traqueostomia é importante desenvolver uma atitude positiva e estratégias para aumentar a autoestima.

### 3 - CONTRIBUTOS DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES PARA COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A transição envolve uma mudança significativa na condição de saúde, nos papéis desempenhados na sociedade e nas capacidades de conduzir as respostas humanas à mudança. A transição exige a aquisição de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a alteração de comportamentos e a integração de uma nova identidade na sociedade (Meleis et al., 2000).

A mudança pode significar movimento de um estado para outro, um processo e também pode significar uma ação para alterar, modificar comportamentos para o indivíduo se adaptar a novas situações (Chin, 2006).

Os acontecimentos que implicam uma transição exigem da pessoa a mobilização de recursos para enfrentar a mudança. A capacidade de adaptação a estes acontecimentos e a necessidade de alteração de comportamentos, influencia a qualidade de vida. A transição envolve um processo de reorganização interior que permite à pessoa incorporar uma nova identidade e adaptar-se às novas circunstâncias da vida.

Com o auxílio da teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000), procura-se contribuir para uma intervenção mais individualizada à pessoa portadora de traqueostomia e assim, otimizar a sua qualidade de vida.

A teoria de médio alcance de Meleis e colaboradores (2000) é útil na investigação pela sua facilidade de operacionalização dos conceitos, o que permite a sua adoção na prática para a resolução de problemas relevantes para a enfermagem.

Neste sentido, Abreu (2011, p. 47) refere que a teoria das transições permite à enfermagem “ (...) o acesso a um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas em transição”.

A opção pela teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000) como modelo conceptual de referência para o estudo, relaciona-se com o facto desta teoria permitir “ (...) focar a nossa atenção no doente enquanto pessoa e não

enquanto objeto dos nossos cuidados dando-lhe voz e poder de decisão“ (Gonçalves, Guterres e Novais, 2010, p. 17).

Nesta perspetiva, é essencial que o objetivo dos cuidados de enfermagem deixe de ser a doença propriamente dita, passando a ser a resposta da pessoa às alterações da saúde ao longo da vida. As implicações da traqueostomia na qualidade de vida são um exemplo desta perspetiva.

Apesar da importância dos aspetos físicos da traqueostomia, compreender a experiência de estar doente é essencial para o cuidado à pessoa com traqueostomia. A doença é apenas um dos muitos fatores que afetam a qualidade de vida (Larsen, 2006). De facto, para a pessoa o mais importante é conhecer a forma como a nova condição vai afetar a sua vida. A doença não envolve apenas o corpo, mas também afeta os relacionamentos, atitudes e autoimagem (Larsen, Lewis e Lubkin, 2006).

Neste sentido, devemos salientar que existe uma diferença entre a representação de doença para a pessoa e para o profissional de saúde. Esta diferença está bem expressa nos conceitos *disease* e *illness*. *Disease* corresponde à conceptualização da doença pelo profissional de saúde, baseada num modelo fisiopatológico. *Illness* representa a experiência de doença vivida, ou seja, refere-se à forma como esta é compreendida pelo indivíduo (Larsen, 2006).

A vantagem da teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000) é que nos permite diminuir a distância entre estas duas visões distintas e integrar o conceito de qualidade de vida no processo de transição da pessoa com traqueostomia.

A transição saúde/ doença envolve mudanças de papéis que resultam de um estado de bem-estar para um estado de doença (Meleis et al., 2000). Na vivência de uma transição, a capacidade da pessoa em gerir as suas respostas adaptativas pode estar alterada, em virtude da sua vulnerabilidade (Abreu, 2011).

A pessoa com traqueostomia encontra-se a vivenciar uma transição saúde/ doença o que a coloca numa situação de vulnerabilidade com implicações para a sua qualidade de vida. A presença de uma traqueostomia impõe mudanças profundas na vida de cada um, e a aquisição de novas competências que são indispensáveis na reconstrução da sua autonomia. No entanto, se a mudança pode ser fonte de stress, também pode ser uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal (Chin, 2006).

É através da compreensão dos tipos, das propriedades, condições e padrões de resposta das transições, que os enfermeiros estão melhor preparados para ajudar a pessoa com traqueostomia no processo de transição.

A consciencialização da transição pressupõe a percepção e o conhecimento das mudanças que estão a ocorrer naquele momento. Esta etapa é caracterizada pela profundidade com que a pessoa se envolve no processo de cuidados e de mudança (Meleis, et al., 2000). O desejo e o compromisso inicial para a mudança, permite uma maior consciencialização. A percepção da pessoa sobre o que vai mudar, as percepções pessoais de autoeficácia, influenciam significativamente o envolvimento no processo de transição (Larsen, Lewis e Lubkin, 2006).

As dimensões da mudança necessitam de ser estudadas, nomeadamente a sua natureza, o tempo necessário para que ocorram, que percurso é necessário fazer para que elas ocorram e a percepção do impacto das mudanças na vida pessoal, familiar e social (Kralik, et al., 2006).

O contexto específico da pessoa com traqueostomia, permite compreender a necessidade de tempo para adaptação às alterações da auto-imagem, assim como da capacidade funcional. O tempo dá ao indivíduo a oportunidade de reformular a imagem corporal. O tempo de permanência da alteração também afeta a adaptação às mudanças na imagem corporal. O indivíduo pode lidar melhor com mudanças temporárias do que com mudanças definitivas (Biardi, Warner e Knapik, 2006).

Tendo em conta que a transição exige tempo, é fundamental a vigilância sistemática por parte dos enfermeiros, no contexto particular da pessoa com traqueostomia. Nesta perspetiva baseada nas transições, a avaliação da qualidade de vida, fornece contributos fundamentais para a implementação de terapêuticas adequadas e direcionadas às necessidades específicas desta população (Schumacher e Meleis, 1994).

O evento crítico define-se como o acontecimento que determina a necessidade de ocorrer uma transição (Meleis, et al., 2000 p. 21).

As condições da transição referem-se à interpretação da experiência da transição, nomeadamente dos fatores que a afetam, quer positiva quer negativamente. Deste modo, é necessário conhecer as condições pessoais, da comunidade e da sociedade e perceber qual a sua posição e força no processo de transição.

Os padrões de resposta permitem avaliar a resposta do indivíduo ao processo de transição. Estes padrões são monitorizados recorrendo a indicadores que devem transmitir os *“conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos”* (Meleis, et al., 2000 p. 26).

De facto, a avaliação da qualidade de vida fornece informação pertinente acerca da forma como a pessoa integrou as mudanças no seu dia a dia. Por outro

lado, também proporciona conhecimento sobre o processo de transição ao longo do tempo, quando utilizada em avaliações repetidas. Na perspetiva da teoria das transições (Meleis et al, 2000; Meleis, 2007) a qualidade de vida pode constituir-se como um indicador de processo e/ou um indicador de resultado.

Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como está a decorrer a transição e que permitem identificar fatores de risco na transição e orientar a pessoa na obtenção de um resultado positivo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007). Nesta perspetiva, a qualidade de vida é considerada como um elemento de apoio à tomada de decisão, permite a avaliação precoce e a intervenção dos enfermeiros para facilitar uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado referem-se ao modo como o doente integrou a mudança na sua vida e alcançou a sua estabilidade (Meleis et al., 2000). Neste sentido, a qualidade de vida constitui-se como o objetivo último da atuação dos enfermeiros.

Indicadores de transições bem sucedidas são, o bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Meleis e Schumacher, 1994). E dado o interesse da enfermagem na saúde, podem identificar-se indicadores adicionais como: qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, autoatualização e transformação pessoal (Meleis et al., 2000).

No cuidado à pessoa com traqueostomia, o enfermeiro encontra-se em situação privilegiada para antecipar ou detetar os indicadores que podem facilitar a transição saudável. É importante que o enfermeiro na procura da excelência dos cuidados, identifique o tipo e os padrões de transição, para definir as intervenções que permitam ultrapassar a transição de forma saudável.

Os enfermeiros são fundamentais para a identificação e compreensão das transições, permitindo estabelecer terapêuticas de enfermagem direcionadas para a aquisição de novas competências. Deste modo, assume o papel de facilitador do processo de transição saúde/ doença na medida em que ajuda a incorporar novos conhecimentos, e a alterar comportamentos para lidar com a nova condição (Meleis e Trangenstein, 1994).

## 4 - METODOLOGIA

A metodologia consiste em definir os meios e atividades necessários para realizar uma investigação. A metodologia é fundamental porque as opções a tomar nesta fase, vão influenciar diretamente as etapas seguintes da investigação (Fortin, 2009). Neste sentido, selecionar o melhor método para investigar a questão de pesquisa, é o primeiro passo para que a investigação obtenha um impacto significativo (Sousa, Driessnack e Mendes, 2007).

Neste capítulo, será apresentada a metodologia nomeadamente, o tipo de estudo, as questões de investigação, as variáveis, a população e a amostra. A estratégia de colheita e análise de dados, assim como o instrumento de colheita de dados serão devidamente justificados, e por último algumas considerações acerca das questões éticas.

### 4.1 - Caracterização do Estudo

Devido à ausência de estudos publicados em Portugal, acerca do tema em análise, optou-se por um estudo exploratório e descritivo. Assim, procuramos descrever e compreender em profundidade a qualidade de vida da pessoa portadora de traqueostomia. Esta investigação baseia-se em objetivos sem pretender verificar hipóteses (Fortin, 2009).

Os estudos descritivos consistem numa recolha sistemática de dados, numa amostra representativa da população, de modo a obter uma descrição do problema em estudo com o máximo rigor possível (Oliveira, 2009). Neste sentido, o estudo descritivo tem por objetivo “(...) *descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação*”(Fortin, 2009, p. 34).

Nos estudos descritivos os factos são observados, descritos, classificados e interpretados sem influência do investigador (Sousa, Driessnack e Mendes, 2007).

O estudo insere-se no paradigma quantitativo. Segundo Fortin (2009) os estudos de carácter quantitativo caracterizam-se pela mensuração de variáveis e análise de dados, com o objetivo de generalizar os resultados a outras

populações. O conhecimento resultante de um estudo quantitativo deriva da observação, descrição, da medição e da interpretação da realidade objetiva (Sousa, Driessnack e Mendes, 2007).

As características da população em estudo e a necessidade de cumprir prazos associados ao contexto formativo, condicionaram a realização de um estudo transversal, na medida em que é realizada uma única avaliação. Nos estudos transversais, os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2010), em relação a um fenómeno presente no momento da investigação (Fortin, 2009).

## 4.2 - Questões de Investigação

As questões de investigação resultam dos objetivos do estudo e permitem concretizar a informação que o investigador pretende obter. As questões de investigação são elaboradas em estudos descritivos (Fortin, 2009 e Ribeiro, 2010).

Após definir a finalidade e objetivos, de seguida apresentamos as questões de investigação:

- Qual a perceção da qualidade de vida das pessoas portadoras de traqueostomia?
- Qual a perceção sobre a autoeficácia da pessoa com traqueostomia?
- Qual a satisfação da pessoa com traqueostomia com os cuidados de saúde?
- Quais as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam a qualidade de vida das pessoas com traqueostomia?

## 4.3 - Variáveis

Para Fortin (2009, p. 171) as variáveis “(...) são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo”. As variáveis representam as características do objeto de um estudo de investigação, podem ser medidas, controladas e às quais é atribuído um valor numérico.

A variável independente “(...) é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável” (Fortin, 2009, p.171). A variável dependente “(...) é aquela que varia em consequência da variação da variável independente” (Ribeiro, 2010, p. 144). Ribeiro (2010) também faz referência às variáveis de controlo, as quais

é necessário verificar para poder assegurar que a variável independente influencia a dependente.

É importante referir que o conceito de dependente e independente é uma consequência do plano da investigação (Ribeiro, 2010). Deste modo, de acordo com o problema a investigar, foram seleccionadas as seguintes variáveis para o estudo:

- A variável independente é a pessoa com traqueostomia.
- As variáveis de controlo são: idade, sexo, habilitações literárias, coabitação, distrito e concelho de residência, situação laboral (variáveis sociodemográficas), incapacidade para o trabalho, tipo de traqueostomia, tempo decorrido após a traqueostomia, admissão para a cirurgia, doenças pré-existentes que levaram à cirurgia, tipo de tratamento, doenças associadas, complicações, tipo de comunicação, recurso à terapia da fala, conhecimento da APLV e recurso aos serviços da APLV (variáveis clínicas e de saúde). A operacionalização destas variáveis encontra-se em anexo (Anexo I).
- A variável dependente é a qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma variável escalar/ contínua e será operacionalizada através da pontuação obtida no questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia. Quanto maior a pontuação obtida no questionário, melhor é a satisfação com a qualidade de vida.

#### **4.4 - População e Amostra**

Para o tema em investigação, foi seleccionada como população alvo, a pessoa portadora de traqueostomia. Para Fortin (2009) a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Considerando as características e objetivos do nosso estudo, a população será constituída por todas as pessoas portadoras de traqueostomia das consultas de otorrinolaringologia de quatro instituições de saúde do grande Porto. A opção pelo contexto de ambulatório relaciona-se com o facto de facilitar o acesso a um maior número de pessoas. Por outro lado, é no período após a alta hospitalar que a pessoa regressa progressivamente ao seu dia a dia e por isso, tem mais capacidade para avaliar melhor o impacto da traqueostomia na sua qualidade de vida.

Após selecionar a população, é importante proceder à definição da amostra. A amostra consiste numa parte da população sobre a qual se realiza o estudo (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). A amostra será não probabilística e de conveniência. Huley e colaboradores (2008, p.50) referem que “ *Este tipo de amostragem tem vantagens óbvias em termos de custo e logística e é uma boa escolha para muitas questões de pesquisa.*”

Deste modo, na amostragem não probabilística os elementos da população não têm todos a mesma possibilidade de serem selecionados para a amostra. A amostra de conveniência é constituída pelos elementos que são mais facilmente acessíveis. A amostra é de conveniência porque os indivíduos são selecionados de acordo com a sua disponibilidade e facilidade de acesso pelo investigador (Fortin, 2009; Oliveira, 2009 e Ribeiro, 2010).

A amostra para o estudo foi conseguida à medida que as pessoas se apresentavam nas consultas de otorrinolaringologia (consulta médica, consulta de enfermagem e terapia da fala) das quatro instituições de saúde, até atingir o número pretendido. Assim, foram inquiridas 100 pessoas portadoras de traqueostomia, que recorreram às consultas de otorrinolaringologia das quatro instituições de saúde, entre 27 de março de 2011 e 17 de outubro de 2011, e que cumpriam os critérios de inclusão.

Na seleção da amostra foram definidos como critérios de inclusão: presença de traqueostomia há pelo menos 1 mês, idade superior a 18 anos, capacidade para responder ao questionário e aceitarem participar no estudo.

#### *4.4.1 - Caracterização da Amostra*

A amostra em estudo é constituída por 100 pessoas portadoras de traqueostomia, resultante de uma amostra não aleatória em quatro hospitais do grande Porto. As variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas e de saúde permitiram caracterizar a amostra em estudo.

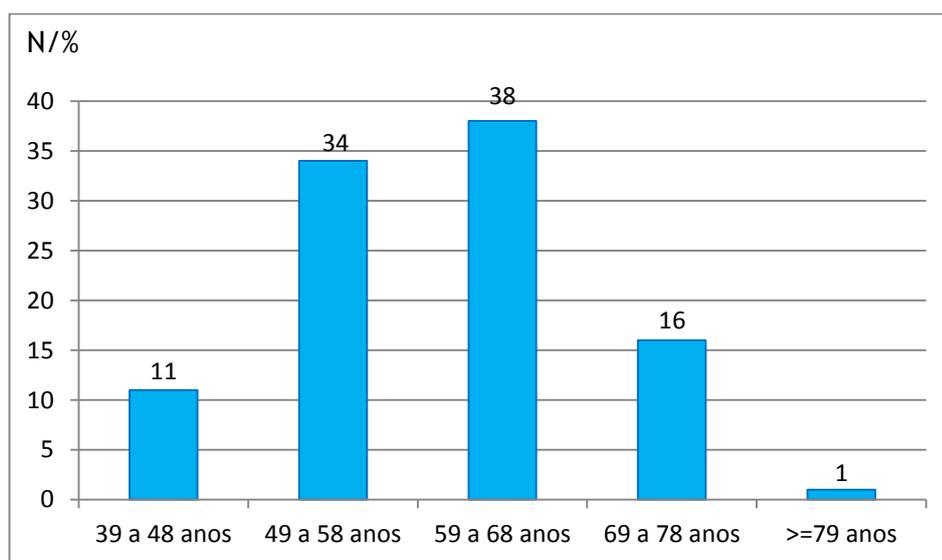
#### **Variáveis sociodemográficas**

No que respeita à variável **sexo**, a amostra apresenta um predomínio do sexo masculino, com 98% e 2% do sexo feminino.

Em relação à **idade** da amostra, esta situa-se entre um mínimo de 39 e um máximo de 86, sendo a média (M) de 60,06, com um desvio padrão (DP) de 9,10.

Para melhor caracterização da amostra, a idade foi transformada na variável **escalão etário**. O gráfico 1 permite compreender a distribuição da amostra de acordo com o escalão etário.

**Gráfico 1:** Distribuição da amostra de acordo com o escalão etário



Como se pode verificar pelo gráfico 1, o **escalão etário** com mais indivíduos corresponde ao escalão entre os 59 e os 68 anos, com 38% dos casos, seguido do escalão dos 49 a 58 anos, com 34% dos casos. A amostra apresenta ainda um caso com idade igual ou superior a 79 anos.

Em relação aos **anos de escolaridade**, a amostra apresenta um mínimo de zero anos e um máximo de 16 anos de escolaridade. A média (M) da escolaridade é de 4,83, com um desvio padrão (DP) de 2,37.

Descrevemos ainda a escolaridade de acordo com os níveis de ensino em Portugal, como podemos verificar no quadro 1.

**Quadro 1:** Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade

Escolaridade		n	%
Ensino básico	1º ciclo	76	76,76
	2º ciclo	9	9,09
	3º ciclo	9	9,09
Ensino secundário		4	4,04
Ensino superior		1	1,01
Total		99	100

Pela observação do quadro 1, verificamos que 76% da amostra possui o 1º ciclo do ensino básico, seguido do 2º e 3º ciclos, ambos com 9% dos casos. Apenas 4% frequentaram o ensino secundário e 1%, o ensino superior. De referir, que um elemento da amostra era analfabeto.

O quadro 2 refere-se à caracterização da amostra em relação à **coabitação e situação laboral**.

**Quadro 2:** Distribuição da amostra de acordo com a coabitação e a situação laboral

		n / %
Coabitação	Cônjuge/ companheiro	53
	Família alargada	26
	Família restrita	11
	Sozinho	10
	Total	100
Situação Laboral	Reformado	78
	Baixa clínica	17
	Tempo parcial	1
	Tempo integral	1
	Total	100

Relativamente à **coabitação**, 53% da amostra em estudo, vive com o cônjuge ou companheiro, seguido de 26% que vivem com uma família alargada. Uma percentagem mais reduzida da amostra vive com a família restrita, 11% ou sozinhos 10%.

Em relação à **situação laboral** e de acordo com a média de idades da amostra, a maioria dos participantes, 78%, encontram-se reformados. Apenas 1% encontram-se ativos em regime de tempo integral, e em tempo parcial. De referir que 17% dos indivíduos encontram-se em situação de baixa clínica e 3% estão desempregados.

A distribuição da amostra relativamente ao **distrito de residência**, pode ser observada no quadro 3.

**Quadro 3:** Distribuição da amostra de acordo com o distrito de residência

Distrito de residência	n/%
Porto	68
Braga	11
Aveiro	6
Viana do Castelo	5
Bragança	5
Vila Real	5
Total	100

No que se refere ao **distrito de residência**, os elementos da amostra habitam na sua maioria no distrito do Porto, com 68%, seguido dos distritos de Braga, com 11% e Aveiro com 6% dos elementos da amostra. Os distritos de Viana do Castelo, Bragança, e Vila Real apresentam 5% dos casos.

Relativamente ao **concelho de residência**, verificamos que o concelho de Vila Nova de Gaia é o mais numeroso com 13%, seguido do Porto com 10%, da Maia com 8%, Gondomar com 5%, Valongo e Vila do Conde com 4%, Penafiel, Lousada, Vila Nova de Famalicão, Ermesinde e Guimarães com 3% dos elementos da amostra. Os restantes concelhos apresentavam percentagens entre 2% e 1%.

A operacionalização das profissões foi efetuada através da Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) de 2010. De acordo com esta classificação, foram integradas as atividades profissionais da amostra, de acordo com os respetivos **grupos profissionais**, como se indica no quadro 4.

**Quadro 4:** Distribuição da amostra de acordo com o grupo profissional

Grupos Profissionais	n / %
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	49
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e seguranças e vendedores	12
Técnicos e profissões de nível intermédio	10
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	10
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	7
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4
Pessoal administrativo	4
Trabalhadores não qualificados	4
Total	100

A análise do quadro 4 permite-nos constatar que o grupo com mais frequência corresponde aos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices com 49%, seguido do grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e seguranças e vendedores com 12% dos elementos da amostra.

Os técnicos e profissionais de nível intermédios, e o grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, ambos representam 10% dos casos.

### Variáveis clínicas e de saúde

As variáveis clínicas e de saúde permitem conhecer a situação de saúde dos elementos da amostra e os tratamentos associados, com o objetivo de compreender melhor a sua influência na qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Para a maioria dos elementos da amostra (72%), a presença da traqueostomia resultou em **incapacidade laboral**. Para 28% dos elementos da amostra, a traqueostomia não condicionou a capacidade para o trabalho. As razões da incapacidade laboral são apresentadas no quadro 5.

**Quadro 5:** Distribuição da amostra de acordo com a razão da incapacidade laboral

Razão da incapacidade laboral	n	%
Pó	40	55,6
Astenia	18	25,0
Perda da voz	14	19,4
Total	72	100

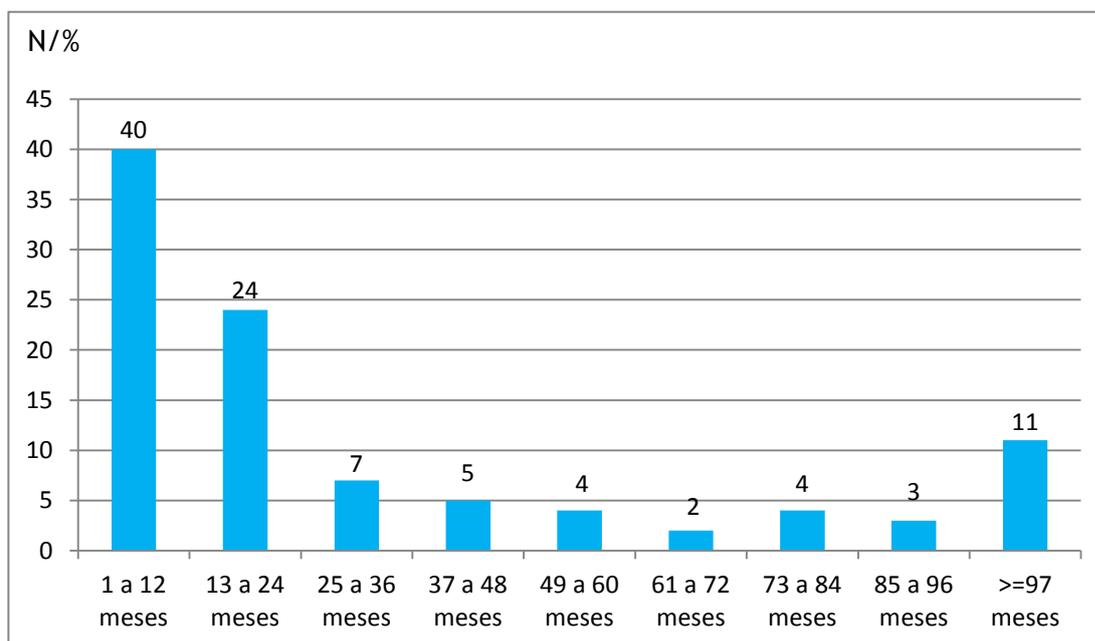
Analisando as **razões para a incapacidade laboral**, verificamos que a presença de pó no local de trabalho n=40 (55,6%) foi a razão mais frequente, seguida da astenia com n=18 (25%) e da perda da voz com n=14 (19,4%).

O tempo decorrido após a cirurgia que condicionou a realização de uma traqueostomia, é referido na bibliografia como fator influenciador da qualidade de vida.

Considerando o **tempo (em meses), decorrido após a cirurgia** que condicionou a realização da traqueostomia, verificamos que se situa entre um mínimo de 1 mês e um máximo de 19 anos e nove meses (239 meses), com uma média (M) de 36,1 e um desvio padrão (DP) de 47,49.

O gráfico 2 permite facilitar a caracterização da amostra relativamente ao tempo de cirurgia.

**Gráfico 2:** Distribuição da amostra de acordo com o tempo de cirurgia



Analisando o gráfico 2 verifica-se que 40% dos elementos da amostra, apresentam até 12 meses de tempo após a cirurgia, seguido de 24% dos elementos, cujo tempo se situa entre 13 a 24 meses de cirurgia. De referir que 11% dos elementos possuíam nove anos ou mais (97 meses) após a cirurgia.

De acordo com o quadro teórico apresentado, torna-se importante conhecer as **características temporais da traqueostomia** e as **doenças que conduziram à traqueostomia**, como fatores que influenciam a qualidade de vida. Ao conhecermos o **tipo de admissão** para a cirurgia, pretende-se retirar inferências sobre o tempo disponível para a preparação da mesma, na medida em que parece influenciar o processo de adaptação à traqueostomia.

No quadro 6 são apresentadas as características da amostra em relação ao tipo de traqueostomia, o tipo de admissão e as doenças que levaram à cirurgia.

**Quadro 6:** Distribuição da amostra de acordo com o tipo de traqueostomia, o tipo de admissão e a doença que conduziu à cirurgia

		n / %
Tipo de traqueostomia	Definitiva	91
	Temporária	9
	Total	100
Tipo de admissão	Programada	75
	Urgência	25
	Total	100
Doenças que levaram à cirurgia	Carcinoma	97
	Outra	3
	Total	100

Conforme o quadro 6, a maioria dos elementos da amostra (91%), apresentam uma traqueostomia definitiva, sendo apenas 9% os participantes com uma traqueostomia temporária.

Podemos referir que 75% dos elementos da amostra realizaram a traqueostomia numa cirurgia programada e portanto provavelmente com mais tempo de preparação e aceitação da mesma. Apenas 25% realizaram a traqueostomia numa situação de urgência.

Analisando as doenças que conduziram à cirurgia, verificamos que o carcinoma foi a patologia mais referenciada, com 97% dos casos. De notar que apenas 3% dos elementos referiram outra causa para a traqueostomia. Destes, dois (66,7%) foram submetidos a traqueostomia por complicação cirúrgica, e um (33,3%) por ingestão de soda cáustica.

Outro dos fatores mencionado na bibliografia como influenciador da QdV é o **tipo de tratamento** associado.

**Quadro 7:** Distribuição da amostra de acordo com o tipo de tratamento

Tipo de tratamento	n / %
Nenhum	94
Radioterapia	4
Quimioterapia	2
Total	100

Na amostra em estudo 94% não se encontrava a realizar qualquer tratamento. Apenas 2% e 3% encontravam-se a realizar quimioterapia e radioterapia respetivamente.

Com o conhecimento das **doenças associadas** pretendeu-se perceber de que forma poderiam influenciar a qualidade de vida.

**Quadro 8:** Distribuição da amostra de acordo com as doenças associadas

<b>Doenças associadas</b>	<b>n / %</b>
Nenhuma	65
Cardiovasculares	13
Respiratórias	5
Cardiovasculares + metabólicas	5
Reumáticas	4
Outras	4
Cardiovasculares + neurológicas	1
Cardiovasculares + metabólicas + outras	1
Metabólicas	1
Neurológicas	1
<b>Total</b>	<b>100</b>

A maioria da amostra (65%) não apresentava qualquer **doença associada** à que motivou a realização da traqueostomia, seguido das doenças cardiovasculares com 13% dos casos. As doenças respiratórias foram mencionadas em 5% dos casos, assim como as doenças cardiovasculares e metabólicas.

De referir que 4% da amostra mencionou outro tipo de doenças associadas: neoplasia do couro cabeludo e pulmão, problemas gástricos, intestinais e prostáticos.

Outro aspeto referenciado pela bibliografia, como influenciador da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia consiste na presença de **complicações** associadas à traqueostomia. Em relação à amostra em estudo, verifica-se que 66% dos elementos não apresentou complicações, pelo que apenas 34% do grupo apresentou complicações. No quadro 9 descrevemos o **tipo de complicações** presentes na amostra.

**Quadro 9:** Distribuição da amostra de acordo com o tipo de complicações

Complicações da traqueostomia	n	%
Fístula	9	26,5
Maceração	9	26,5
Edema	2	5,9
Fuga pela prótese	2	5,9
Obstrução da prótese	2	5,9
Hipergranulação no estoma	2	5,9
Hemorragia	2	5,9
Hematoma	1	2,9
Granulomas	1	2,9
Hipergranulação na prótese	1	2,9
Hematoma	1	2,9
Infeção	1	2,9
Total	34	100

De acordo com o **tipo de complicações**, observando o quadro 9 verifica-se que a presença de fístula e de maceração são as complicações mais frequentes, ambas com nove casos (26,5%), seguidos de problemas com a prótese fonatória, nomeadamente, fuga e obstrução, com dois casos cada uma (5,9%). O edema, a hipergranulação no estoma e a hemorragia também ocorreram em dois casos (5,9%) cada um. As restantes complicações surgiram em um caso (2,9%) cada uma.

A comunicação constitui-se como um fator importante para a qualidade de vida, e daí o interesse em caracterizar a amostra de acordo com o **tipo de comunicação utilizada**. No quadro 10 podemos observar os diferentes tipos de comunicação utilizados pela amostra em estudo.

**Quadro 10:** Distribuição da amostra de acordo com o tipo de comunicação

Tipo de comunicação	n / %
Oclusão do orifício da traqueostomia	27
Prótese traqueoesofágica	18
Fala esofágica	17
Escrita + gestual	11
Gestual	10
Gestual + fala esofágica	5
Escrita + oclusão do orifício da traqueotomia	4
Escrita	4
Escrita + fala esofágica	2
Escrita + prótese traqueoesofágica	2
Total	100

Pela leitura do quadro 10, verifica-se que 27 % da amostra utiliza como tipo de comunicação a oclusão do orifício da traqueostomia, seguido da prótese traqueoesofágica com 18%, a fala esofágica com 17% e a gestual com 10% dos casos. De salientar que 24% dos elementos da amostra utilizam mais do que um tipo de comunicação.

O recurso à terapia da fala também é importante para a aprendizagem da comunicação verbal, contribuindo assim para a qualidade de vida.

Neste estudo, foi solicitado que os elementos da amostra referissem o conhecimento e recurso à Associação Portuguesa de Limitados da Voz, uma vez que o conhecimento e participação em grupos de apoio, é referido na literatura como um dos fatores que podem influenciar significativamente a qualidade de vida.

**Quadro 11:** Distribuição da amostra de acordo com o recurso à terapia da fala, o conhecimento da APLV e o recurso aos serviços da APLV

		n / %
<b>Recurso à terapia da fala</b>	Não	27
	Sim	73
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Conhecimento da APLV</b>	Não	38
	Sim	62
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Recurso aos serviços da APLV</b>	Não	65
	Sim	35
	<b>Total</b>	<b>100</b>

Observando o quadro 11, 73% da amostra recorreu à terapia da fala e 62% da amostra tem conhecimento da APLV. No entanto, apenas 35% dos elementos da amostra manifestam recurso à APLV, relativamente aos que não recorrem aos seus serviços, com 65% dos casos.

#### 4.5 - Colheita de Dados

O método de colheita de dados está condicionado ao tipo de estudo, objetivos da investigação, tema em estudo, variáveis e instrumentos disponíveis. Assim, neste estudo descritivo, será mais adequado utilizar o questionário como método de colheita de dados (Fortin, 2009). A opção pelo questionário como método de recolha de dados relaciona-se também, com o facto deste, instrumento permitir abranger um maior número de elementos da amostra, assim como a apresentação das questões ser uniforme, o que permite comparar as respostas dos diferentes elementos da amostra (Fortin, 2009).

O questionário permite o conhecimento das condições, dos estilos de vida, dos comportamentos, os valores e as opiniões de uma população. Este instrumento possibilita o estudo “(...) de um fenómeno que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p.189).

A utilização de questionários genéricos, embora permita a comparação de diferentes populações, não possibilita a deteção de alterações atribuíveis a situações específicas.

Por sua vez, os questionários específicos, incluem questões concretas relativas a determinada condição de saúde, o que permite descobrir pequenas alterações e antecipar necessidades. A utilização de questionários específicos na avaliação da qualidade de vida de determinadas populações é importante, na medida em que incluem dimensões significativas para as mesmas. Neste sentido, optou-se por utilizar um instrumento específico e previamente construído em Portugal, embora sem dados publicados.

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP).

#### *4.5.1 - Instrumento de Colheita de Dados*

O questionário sobre qualidade de vida da pessoa com traqueotomia (QQVPT) foi construído por um grupo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Nazaré, T.; Santos, C.; Ferreira, T.; Teixeira, C.; Meireles, M.), para avaliar a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia. Esta escala encontra-se em processo de validação com um estudo prévio realizado com uma amostra de 138 pessoas (Anexo II).

A introdução relativa ao tema em estudo, objetivos, nome do investigador e instruções sobre o preenchimento estão descritos numa parte inicial. A caracterização da amostra é obtida através de uma série de questões relativas a dados sociodemográficos e de saúde.

Os dados sociodemográficos e de saúde incluem: idade, sexo, habilitações literárias, coabitação, residência, situação laboral, profissão, incapacidade laboral, tipo de traqueostomia, tempo de cirurgia, tipo de admissão para a cirurgia, doenças que conduziram à cirurgia, tipo de tratamento, doenças associadas, complicações da traqueostomia, tipo de comunicação, recurso à terapia da fala, conhecimento e recurso aos serviços da Associação Portuguesa de Limitados da Voz.

O instrumento de colheita de dados apresenta 59 itens com uma escala de resposta de tipo Likert de seis pontos (0 - 5). É constituído por quatro secções:

(qualidade de vida, autoeficácia, satisfação com os cuidados de saúde e questões gerais de adaptação) que se distribuem por cinco subescalas:

- *Qualidade de vida e saúde* - 27 itens, a pontuação mínima é zero e a máxima é 135;
- *Satisfação das necessidades básicas de vida* - 14 itens, a pontuação mínima é zero e a máxima é 70;
- *Satisfação com a comunicação* - sete itens, a pontuação mínima é zero e a máxima 35;
- *Satisfação com os cuidados de saúde* - sete itens, a pontuação mínima é zero e a máxima é 35;
- *Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia* - quatro itens, da pontuação mínima é zero e a máxima é 20.

A pontuação final do questionário é obtida através do somatório das pontuações das diferentes subescalas. A pontuação mínima é zero e a máxima é de 295. A uma pontuação elevada corresponde uma melhor percepção de qualidade de vida.

A fidelidade e validade são características fundamentais de um instrumento de medida (Fortin, 2009; Terwee et al., 2007).

#### Fidelidade do QQVPT

A fidelidade “ (...) refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida” (Fortin, 2009, p. 348). A fidelidade indica em que medida as diferenças encontradas são atribuíveis a verdadeiras diferenças entre os sujeitos (Ribeiro, 2010).

Os principais critérios para avaliar a fidelidade são a estabilidade e a consistência interna. A estabilidade verifica-se quando o instrumento de medida aplicado em dois momentos diferentes à mesma população, obtém resultados idênticos. A estabilidade é avaliada através da prova teste-reteste. Para conhecer o coeficiente de estabilidade é utilizada a correlação de *Pearson* (Fortin, 2009). Para o instrumento de colheita de dados selecionado para o estudo, os valores de correlação de *Pearson*, em estudo prévio desenvolvido pela UNIESEP, situaram-se entre 0,96 e 0,99 na prova teste/ reteste.

A consistência interna refere-se à homogeneidade dos itens de um instrumento de medida, que medem diferentes dimensões de um mesmo conceito. Para o seu cálculo é utilizado o coeficiente de *Alpha de Cronbach* (Terwee et al., 2007;

Fortin, 2009 e Ribeiro, 2010). Este método procura conhecer em que medida a variância global dos resultados na escala se associa ao somatório da variância item a item.

Embora não fosse objetivo do estudo analisar a fidelidade do instrumento de colheita de dados, calculamos o *Alpha de Cronbach* das diferentes subescalas do QQVPT, como também para os itens de cada uma das subescalas. Com este procedimento procuramos contribuir para o desenvolvimento do instrumento de colheita de dados e assim, constituir uma mais-valia para esta investigação.

No quadro 12 encontram-se os valores de consistência interna da escala global e de cada uma das subescalas do questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia.

**Quadro 12:** Consistência interna das subescalas do QQVPT e da QdV global

Subescalas	nº itens	<i>Alpha de Cronbach</i> (estudo atual)	<i>Alpha de Cronbach</i> (estudo prévio)
Qualidade de vida e saúde	27	0,90	0,95
Satisfação das necessidades básicas de vida	14	0,86	0,93
Satisfação com a comunicação	7	0,91	0,93
Satisfação com os cuidados de saúde	7	0,76	0,89
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	4	0,96	0,98
QdV global	59	0,94	—

Como podemos observar no quadro anterior, os valores de *Alpha de Cronbach* para a amostra em estudo, situam-se entre 0,76 e 0,96, o que indicam uma boa consistência interna. Este instrumento também revelou uma boa consistência interna, em estudo prévio, nas diferentes subescalas com valores de *Alpha de Cronbach* entre 0,89 e 0,98. Terwee e colaboradores (2007) consideram um instrumento de medida com uma boa consistência interna quando o *Alpha de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,95. Outros autores consideram que o *Alpha de Cronbach* deve exceder os 0.80 (Ribeiro, 2010).

Os resultados do *Alpha de Cronbach* para as diferentes subescalas se cada um dos itens for apagado são apresentados nos quadros 13, 14, 15, 16 e 17.

**Quadro 13:** Distribuição dos valores de *Alpha de Cronbach* da subescala QVS se cada um dos itens for apagado

Qualidade de vida e saúde			
Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado	Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado
1	0,90	32	0,90
3	<b>0,91</b>	36	0,90
4	0,90	37	0,90
5	0,90	38	<b>0,91</b>
6	0,90	39	0,90
7	0,90	40	0,90
9	0,90	41	0,90
10	0,90	42	0,90
11	0,90	54	0,90
12	0,90	55	0,90
14	<b>0,92</b>	56	0,90
29	<b>0,91</b>	57	<b>0,89</b>
30	0,90	58	0,90
31	0,90	<i>Alpha de Cronbach</i> - 0,90	

A análise do quadro 13 permite-nos constatar que a eliminação da maioria dos itens individualmente não altera a consistência interna da subescala qualidade de vida e saúde. A eventual eliminação do item 57 resulta numa ligeira diminuição da consistência interna. Por outro lado, no caso da eliminação dos itens três, 14, 29 e 38, parece ocorrer um aumento da consistência interna da referida subescala.

**Quadro 14:** Distribuição dos valores de *Alpha de Cronbach* da subescala SNBV se cada um dos itens for apagado

Satisfação das necessidades básicas de vida			
Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado	Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado
2	0,86	22	0,86
8	<b>0,87</b>	27	0,85
13	0,85	28	0,86
18	0,86	33	0,85
19	0,84	34	0,84
20	0,85	35	0,85
21	0,85	59	0,85
<i>Alpha de Cronbach</i> - 0,86			

Na subescala satisfação das necessidades básicas de vida, apenas a eliminação do item oito, parece indiciar um aumento da consistência interna. A eventual eliminação dos restantes itens resulta numa diminuição da consistência interna.

**Quadro 15:** Distribuição dos valores de *Alpha de Cronbach* da subescala SC se cada um dos itens for apagado

Satisfação com a comunicação			
Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado	Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado
15	0,86	24	0,86
16	0,87	25	0,85
17	0,85	26	0,86
23	0,86	<i>Alpha de Cronbach</i> - 0,91	

Na subescala satisfação com a comunicação se os itens forem eliminados individualmente, parece ocorrer a diminuição da sua consistência interna.

**Quadro 16:** Distribuição dos valores de *Alpha de Cronbach* da subescala SCS se cada um dos itens for apagado

Satisfação com os cuidados de saúde			
Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado	Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado
47	0,74	51	0,69
48	0,72	52	0,72
49	0,72	53	<b>0,78</b>
50	0,68	Alpha de Cronbach - 0,76	

Tendo em conta a análise do quadro 16, a eventual eliminação do item 53 sugere um aumento da consistência interna da subescala satisfação com os cuidados de saúde.

**Quadro 17:** Distribuição dos valores de *Alpha de Cronbach* da subescala ACT se cada um dos itens for apagado

Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia			
Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado	Item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for apagado
43	0,74	45	0,69
44	0,72	46	0,72
Alpha de Cronbach - 0,96			

Após uma análise mais cuidada do quadro 17, a provável eliminação dos itens individualmente da subescala autoeficácia no cuidado com a traqueostomia indica uma diminuição da consistência interna da referida escala.

Para averiguar a associação conceptual das subescalas e da qualidade de vida global, fizemos a sua correlação de *Pearson* entre as diferentes subescalas, apresentando os resultados no quadro 18.

**Quadro 18:** Correlação de *Pearson* entre as subescalas do QVPT

	SNBV	SC	SCS	ACT	QdVGlobal
QVS	0,61**	0,54**	0,25*	0,59**	0,91**
SNBV		0,46**	0,20*	0,38**	0,81**
SC			0,14	0,29**	0,65**
SCS				0,18	0,32**
ACT					0,65**

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Legenda: QVS- Qualidade de vida e saúde; SNBV- Satisfação das necessidades básicas de vida; SC- Satisfação com a comunicação; SCS- Satisfação com os cuidados de saúde; ACT- Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia

As subescalas “Qualidade de vida e saúde” e “Satisfação das necessidades básicas de vida” são os que melhor explicam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

#### Validade do QVPT

A validade é a propriedade que fornece a indicação até que ponto o procedimento de medição produz a resposta correta. A validade de critério corresponde ao grau de correlação entre um instrumento de medida ou uma técnica e uma outra medida independente (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

A validade de critério do questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia, foi demonstrada através da validade concorrente, para tal, em estudo prévio dos mesmos autores, foi utilizada a escala de avaliação de saúde geral a *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (MOS-SF36)*.

Os valores resultantes demonstraram correlação positiva e com significado estatístico entre as diferentes subescalas do QVPT e do MOS-SF36. Os valores de correlação de *Pearson* situaram-se entre 0.81 e 0,73 no que respeita à subescala “Qualidade de vida e saúde” do QVPT com as subescalas “saúde geral”, “Vitalidade”, “Função social” e “Saúde mental” do MOS-SF36.

A correlação entre a medida de qualidade de vida em geral (MOS-SF36) e o instrumento de medida específico (QVPT) é considerada estatisticamente significativa quando a correlação de *Pearson* se situa acima de 0,70 (Terwee et al., 2007).

De acordo com os dados referidos verifica-se que o questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia (QQVPT) constitui-se como um instrumento com validade e fidelidade suficiente para que possa ser utilizado neste estudo.

#### *4.5.2 - Procedimentos na Colheita de Dados*

O procedimento de recolha de dados foi adaptado às características das quatro instituições de saúde.

Em duas instituições o primeiro contacto com os portadores de traqueostomia, era realizado pelo enfermeiro da respetiva consulta de otorrinolaringologia, que apresentava o investigador principal e objetivos do estudo. Após esta fase, era iniciada a colheita de dados. Numa terceira instituição, o acesso às pessoas estava mais facilitado, pelo conhecimento prévio das condições e dinâmica do serviço.

Nestes três contextos não se verificaram dificuldades em manter a privacidade na recolha de dados, uma vez que, havia sempre um espaço disponível para o efeito.

Na quarta instituição, a abordagem aos portadores de traqueostomia decorreu enquanto aguardavam na sala de espera da consulta de otorrinolaringologia, para serem chamados para a consulta médica, de enfermagem ou terapia da fala. Neste local, as principais dificuldades na colheita de dados relacionaram-se com a necessidade de ajustar a disponibilidade de espaço próprio, à grande afluência a esta consulta.

Depois de analisados os critérios de inclusão, era solicitado o consentimento informado, após o qual eram explicados os objetivos e modo de preenchimento do questionário.

De acordo com as características do indivíduo, o questionário era preenchido pelo próprio (na presença do investigador ou na sua ausência) ou aplicado sob a forma de formulário. Por vezes, era solicitada a presença do familiar ou acompanhante para facilitar a comunicação.

As razões da sua aplicação como formulário, estão relacionadas em alguns casos, por dificuldades funcionais ou de visão. Nos casos de preenchimento do questionário pelo próprio, era verificado se todas as questões tinham sido respondidas e, se não estivesse completo era solicitado que o completasse, desde que não fosse manifestada recusa.

O questionário foi bem aceite pelos participantes, não se verificando situações de não resposta. Alguns participantes no estudo, solicitaram ajuda no preenchimento dos dados demográficos e de saúde, bem como alguns esclarecimentos sobre determinadas questões. A demora média no preenchimento do questionário foi de 20 a 30 minutos.

#### 4.6 - Questões Éticas

Na realização do estudo de investigação foram considerados os seguintes princípios éticos: respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes (Fortin, 2009).

De facto, “ *Os aspetos éticos são decisivos em investigação*” (Ribeiro, 2010, p. 155). Este aspeto assume particular importância, na área da saúde quando envolve seres humanos (Fortin, 2009).

No respeito pelos direitos de autor do instrumento de colheita de dados, foi solicitada a devida autorização (Ribeiro, 2010), a qual obteve resposta favorável (Anexo III).

O projeto de investigação e os pedidos de autorização para a colheita de dados, foram enviados às quatro instituições (Fortin, 2009; Ribeiro 2010). Após o parecer favorável das comissões de ética, foi obtida a autorização pelos respetivos conselhos de administração das instituições para iniciar o estudo (Anexo IV).

Para Ribeiro (2010, p. 156) “*O consentimento informado deverá estar devidamente documentado, recorrendo a uma linguagem que seja entendida pelos participantes*”. Antes de iniciar a colheita de dados, era requerido o consentimento informado aos participantes, os quais ficavam com uma cópia do documento (Anexo V).

Na abordagem inicial, para além da apresentação pessoal era fornecida informação verbal e escrita sobre a natureza, os objetivos e a finalidade do estudo, bem como a confidencialidade da informação. Os participantes tinham a liberdade de recusa na participação ou de não responder a quaisquer questões colocadas. A participação no estudo não implicava qualquer risco, bem como o atendimento na instituição (Anexo VI).

Por último, o acesso aos resultados pelos participantes, estava assegurado através do fornecimento dos contactos (endereço eletrónico e telefone) do investigador.

## 4.7 - Estratégias de Análise dos Dados

A análise dos dados consiste em observar os resultados e em extrair o essencial, no sentido de facilitar a interpretação dos dados (Fortin, 2009). Neste estudo, para a análise dos dados recorreu-se ao programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0.

A análise dos dados abrange a análise descritiva e a inferencial. A análise descritiva permite caracterizar a amostra através de medidas de frequência absoluta e relativa, de tendência central (média, moda e mediana) e de medidas de dispersão (variância e desvio padrão). Após a caracterização da amostra, será utilizada a análise inferencial, no sentido de verificar a existência de relações entre as variáveis (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

Neste estudo, para a análise inferencial foi utilizada a estatística paramétrica. Para Fortin (2009, p. 455) “*Os testes paramétricos permitem geralmente descobrir diferenças ou relações melhor do que fazem os testes não paramétricos*”. Foram respeitados os pressupostos da normalidade. Para as variáveis idade e qualidade de vida, o valor do teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi de 0,07 ( $p=0,20$ ) e de 0,05 ( $p=0,20$ ) respetivamente.

Para analisar a influência das variáveis de controlo sobre a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, foi utilizada a estatística paramétrica com o teste *t de student*, para comparação de médias de dois grupos independentes. O teste *F da ANOVA* foi utilizada para a comparação de médias de três ou mais grupos independentes. Fortin (2009) e Ribeiro (2010) referem que os testes mais frequentemente utilizados para a comparação de médias são a distribuição *t de student* e a análise da variância (ANOVA).

O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi respeitado. No caso do teste *F da ANOVA* ser significativo, foi aplicado o teste *post-hoc de Scheffe* para localizar em que grupos se encontravam as diferenças.

Para compreender o grau de associação entre duas variáveis quantitativas, utilizamos o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Neste estudo, o valor de correlação de *Pearson* ( $r$ ) será interpretado da seguinte forma (Vilelas, 2009):

**Quadro 19:** Valores de correlação de *Pearson*

Valor de $r$	Força da correlação
$r = 1$	correlação positiva perfeita
$0,8 \leq r < 1$	correlação forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	correlação moderada positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	correlação fraca positiva
$0 < r < 0,1$	correlação ínfima positiva
$r = 0$	ausência de correlação
$-0,1 < r < 0$	correlação ínfima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	correlação fraca negativa
$-0,8 \leq r \leq -0,5$	correlação moderada negativa
$-1 < r \leq -0,8$	correlação forte negativa
$r = -1$	correlação negativa perfeita

Os dados resultantes do tratamento estatístico serão considerados significativos, para um valor de  $p < 0,05$ , muito significativos para um valor de  $p < 0,01$  (Vilelas, 2009) e muitíssimo significativos para um valor de  $p < 0,001$ .

Para facilitar a leitura e interpretação dos dados, estes serão apresentados em gráficos, tabelas ou quadros acompanhados de observações sempre que necessário.

## **5 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os dados resultantes da aplicação do instrumento de medida. Assim, será realizada a análise descritiva das pontuações das subescalas do questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora traqueostomia. Por último, será realizada a análise da variância de acordo com as variáveis de sóciodemográficas e as variáveis de saúde

### **5.1 - Qualidade de Vida da Pessoa com Traqueostomia na Amostra em Estudo**

Na descrição dos dados em relação à subescala ACT e à QdV global o N é 83 uma vez que, a subescala ACT contém três itens para os quais 17 casos não eram aplicáveis.

Para a amostra em estudo, foi calculada a média, o desvio padrão, amplitude, o valor mínimo e o valor máximo para cada subescala do questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia, assim como para a pontuação global de qualidade de vida da pessoa com traqueostomia. Os resultados são apresentados no quadro 20.

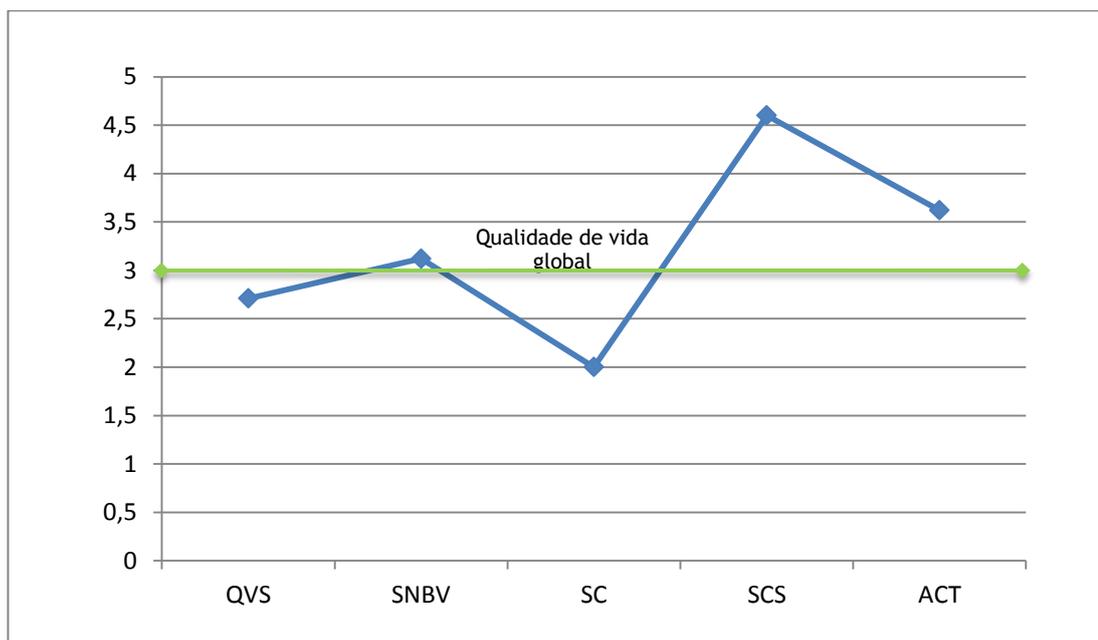
**Quadro 20:** Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na amostra em estudo

	<b>N</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Amp</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Score médio</b>
Qualidade de vida e saúde	100	17	122	105	73,41	25,12	2,71
Satisfação das necessidades básicas de vida	100	6	70	64	43,69	16,52	3,12
Satisfação com a comunicação	100	0	33	33	14,03	9,74	2,00
Satisfação com os cuidados de saúde	100	14	35	21	32,20	4,02	4,60
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	83	0	20	20	13,53	7,57	4,60
Qualidade de vida global	83	77	267	190	167,25	47,76	3,00

Como podemos verificar no quadro 20 relativamente à amostra em estudo, a qualidade de vida global apresenta uma pontuação média de 167,25 (DP=47,76), um valor mínimo de 77 e um valor máximo de 267.

Uma vez que o instrumento de colheita de dados apresenta 59 itens numa escala de 0 a 5, as subescalas e a QdV global foram transformadas num score de zero a cinco, dividindo-se o valor da média pelo número de itens de cada subescala. A construção deste score resultou num perfil de qualidade de vida, como podemos verificar no gráfico 3, com o objetivo de estabelecer comparações, identificar quais as áreas mais afetadas e assim facilitar a compreensão da problemática em estudo.

**Gráfico 3:** Perfil de qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na amostra em estudo



Legenda: QVS- Qualidade de vida e saúde; SNBV- Satisfação das necessidades básicas de vida; SC- Satisfação com a comunicação; SCS- Satisfação com os cuidados de saúde; ACT- Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia

De acordo com o gráfico 3, a amostra em estudo apresenta um score global médio de qualidade de vida de 3,00. Os valores de cada uma das subescalas situam-se entre o valor 2 da subescala satisfação com a comunicação e 4,60 da subescala da satisfação com os cuidados de saúde.

Como podemos verificar, os scores mais elevados situam-se na “satisfação com os cuidados de saúde” e na “autoeficácia no cuidado com a traqueostomia”. Também se pode observar que todas as subescalas que constituem o instrumento apresentam valores acima dos 2,5 com exceção da “subescala satisfação com a comunicação”.

## 5.2 - Análise da Qualidade de Vida de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e de Saúde

De seguida pretendemos analisar de que forma as variáveis sociodemográficas, clínicas e de saúde influenciam a perceção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

### Variáveis sociodemográficas

No que se refere ao **sexo**, foi aplicado o teste *t de student* para amostras independentes (não emparelhadas) por se tratar de uma variável com duas categorias.

**Quadro 21:** Qualidade de vida da amostra em relação ao sexo

	Sexo	n	Total	M	DP	t	p
Qualidade de vida e saúde	Masculino	98	100	73,68	24,88	0,76	0,45
	Feminino	2		60,00	45,25		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Masculino	98	100	43,25	16,39	-1,87	0,06
	Feminino	2		65,00	4,24		
Satisfação com a comunicação	Masculino	98	100	13,77	9,66	-1,85	0,06
	Feminino	2		26,50	4,94		
Satisfação com os cuidados de saúde	Masculino	98	100	32,16	4,05	-0,64	0,53
	Feminino	2		34,00	1,41		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Masculino	81	83	13,80	7,44	2,13	0,03
	Feminino	2		2,50	3,53		
Qualidade de vida global	Masculino	81	83	166,80	47,81	-0,52	0,60
	Feminino	2		185,80	58,68		

Observando o quadro 21, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na subescala autoeficácia no cuidado com a traqueotomia ( $t(81)=2,13$ ;  $p=0,03$ ). Este resultado deve ser analisado com precaução uma vez que, a amostra apenas apresenta dois elementos do sexo feminino e 81 do sexo masculino.

No que diz respeito à **coabitação**, não foram encontradas diferenças significativas entre as médias nas diferentes componentes da qualidade de vida.

No que diz respeito à **situação laboral**, dado tratar-se de uma variável com mais de duas categorias utilizamos o teste *F da ANOVA*.

Quadro 22: Qualidade de vida da amostra em relação à situação laboral

	Situação laboral	n	Total	M	DP	F	p
Qualidade de vida e saúde	Tempo integral	1	100	107,00	.	1,40	0,23
	Tempo parcial	1		75,00	.		
	Desempregado	3		55,66	29,14		
	Reformado	78		75,39	25,47		
	Baixa clínica	17		65,35	21,43		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Tempo integral	1	100	52,00	.	2,89	0,02
	Tempo parcial	1		63,00	.		
	Desempregado	3		22,66	23,07		
	Reformado	78		45,69	15,23		
	Baixa clínica	17		36,58	17,93		
Satisfação com a comunicação	Tempo integral	1	100	23,00	.	3,27	0,01*
	Tempo parcial	1		3,00	.		
	Desempregado	3		4,00	1,73		
	Reformado	78		15,56	10,01		
	Baixa clínica	17		8,88	5,82		
Satisfação com os cuidados de saúde	Tempo integral	1	100	35,00	.	0,46	0,76
	Tempo parcial	1		30,00	.		
	Desempregado	3		33,66	0,57		
	Reformado	78		32,30	3,90		
	Baixa clínica	17		31,41	4,98		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Tempo integral	1	83	20,00	.	0,55	0,69
	Tempo parcial	1		7,00	.		
	Desempregado	3		17,00	3,60		
	Reformado	61		13,55	7,41		
	Baixa clínica	17		12,82	8,80		
Qualidade de vida global	Tempo integral	1	83	237,00	.	1,52	0,20
	Tempo parcial	1		178,00	.		
	Desempregado	3		133,00	56,34		
	Reformado	61		175,13	48,01		
	Baixa clínica	17		155,05	46,53		

\* homogeneidade das variâncias não assegurada

Os resultados indicaram-nos diferenças significativas entre os cinco grupos na subescala satisfação com as necessidades básicas de vida ( $F(4,95)=2,89$ ;  $p=0,02$ ). No entanto, não foi possível averiguar entre que grupos se situavam as diferenças devido à existência de duas categorias (tempo integral e tempo parcial) com apenas um caso.

Para as variáveis **idade**, **anos de escolaridade** e **tempo de cirurgia (em meses)**, utilizamos o coeficiente de correlação de *Pearson*, para a analisar relação entre a perceção dos indivíduos da amostra, sobre a sua qualidade de vida global e as diferentes subescalas do QVPT. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 23.

**Quadro 23:** Correlação de *Pearson* entre as subescalas do QVPT, a idade, os anos de escolaridade e o tempo de cirurgia

	Idade dos participantes	Anos de escolaridade	Tempo de cirurgia (em meses)
Qualidade de vida e saúde	0,00	0,17	<b>0,44***</b>
Satisfação das necessidades básicas de vida	0,19	0,13	<b>0,31**</b>
Satisfação com a comunicação	-0,01	<b>0,23*</b>	<b>0,42***</b>
Satisfação com os cuidados de saúde	-0,02	-0,07	0,07
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	-0,11	<b>0,23*</b>	0,15
Qualidade de vida global	-0,01	0,19	<b>0,30**</b>

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$

Os resultados indicam que a idade não influencia significativamente a percepção da qualidade de vida da pessoa portadora de traqueostomia, em nenhuma das suas dimensões. Por outro lado, o aumento da escolaridade beneficia a satisfação com a comunicação ( $r(100)=0,23$ ;  $p=0,01$ ), assim como a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia ( $r(83)=0,23$ ;  $p=0,03$ ), com uma correlação fraca/positiva e estatisticamente significativa.

À medida que aumenta o tempo após a cirurgia, a qualidade de vida e saúde ( $r(100)=0,44$ ;  $p=0,0001$ ), a satisfação com a comunicação ( $r(100)=0,42$ ;  $p=0,0001$ ) são avaliadas favoravelmente com uma correlação fraca/positiva e estatisticamente muitíssimo significativa. A satisfação das necessidades básicas de vida também é beneficiada com o tempo após a cirurgia ( $r(100)=0,31$ ;  $p=0,001$ ) com uma correlação fraca/positiva e estatisticamente muito significativa.

Apenas o tempo após a cirurgia, apresenta uma correlação fraca/positiva e estatisticamente muito significativa ( $r(83)=0,30$ ;  $p=0,005$ ), com a percepção da qualidade de vida da pessoa portadora de traqueostomia.

#### Variáveis clínicas e de saúde

Em relação à **incapacidade laboral**, dado tratar-se de uma variável com mais de duas categorias utilizamos o teste *F da ANOVA*. No que se refere à incapacidade laboral não foram encontradas diferenças entre as médias nas diferentes subescalas do questionário.

Para analisar a influência do **tipo de traqueostomia** na percepção da qualidade de vida, foi utilizado o teste *t de student* para amostras independentes. Os resultados encontram-se no quadro 24.

Quadro 24: Qualidade de vida da amostra em relação ao tipo de traqueostomia

	Tipo de traqueostomia	n	Total	M	DP	t	p
Qualidade de vida e saúde	Temporária	9	100	66,55	24,35	-0,86	0,39
	Definitiva	91		74,08	25,22		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Temporária	9	100	33,11	18,04	-2,04	0,04
	Definitiva	91		44,73	16,09		
Satisfação com a comunicação	Temporária	9	100	13,55	12,38	-0,15	0,88
	Definitiva	91		14,07	9,53		
Satisfação com os cuidados de saúde	Temporária	9	100	31,33	4,89	-0,67	0,50
	Definitiva	91		32,28	3,95		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Temporária	9	83	10,66	7,87	-1,20	0,23
	Definitiva	74		13,87	7,51		
Qualidade de vida global	Temporária	9	83	155,22	56,62	-0,98	0,33
	Definitiva	74		172,10	47,60		

Em relação ao **tipo de traqueostomia**, na amostra estudada, os portadores de traqueostomia definitiva, apresentavam melhor satisfação com as necessidades básicas de vida comparativamente com os portadores de traqueostomia temporária ( $t(98)=-2,04$ ;  $p=0,04$ ).

O **tipo de admissão** para a cirurgia revelou-se um fator que influencia a qualidade de vida, como podemos observar pelo quadro 25.

**Quadro 25:** Qualidade de vida da amostra de acordo com o tipo de admissão para a cirurgia

	Tipo de admissão para a cirurgia	n	Total	M	DP	t	p
Qualidade de vida e saúde	Urgência	25	100	64,16	22,83	-2,16	0,03
	Programada	75		76,49	25,23		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Urgência	25	100	40,92	17,35	-0,97	0,33
	Programada	75		44,61	16,25		
Satisfação com a comunicação	Urgência	25	100	11,32	8,98	-1,62	0,10
	Programada	75		14,93	9,88		
Satisfação com os cuidados de saúde	Urgência	25	100	30,92	5,10	-1,85	0,06
	Programada	75		32,62	3,53		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Urgência	24	83	12,37	8,09	-0,88	0,38
	Programada	59		14,00	7,36		
Qualidade de vida Global	Urgência	24	83	156,16	40,71	-1,68	0,09
	Programada	59		176,01	50,60		

Em relação ao **tipo de admissão** para a cirurgia, os resultados indicam uma percepção da qualidade de vida e saúde significativamente diferente entre pessoas submetidas a traqueostomia programada e os restantes, favorável para os primeiros ( $t(98) = -2,16; p = 0,03$ ).

As **doenças que levaram à cirurgia** parecem não ter tido influência significativa na percepção de qualidade de vida, em nenhuma das subescalas. Do mesmo modo, no que se refere às **doenças associadas** e ao **tipo de tratamento**, também não foram encontradas diferenças significativas entre as médias nas diferentes componentes da qualidade de vida.

As implicações associadas à presença de **complicações** da traqueostomia sobre a percepção de qualidade de vida, revelaram-se importantes na nossa amostra. Os resultados encontram-se no quadro 26.

**Quadro 26:** Qualidade de vida da amostra de acordo com a presença de complicações

	Complicações da traqueostomia	n	Total	M	DP	t	P
Qualidade de vida e saúde	Não	66	100	77,36	26,79	2,23	0,02
	Sim	34		65,73	19,69		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Não	66	100	44,43	16,98	0,63	0,53
	Sim	34		42,23	15,73		
Satisfação com a comunicação	Não	66	100	14,57	10,61	0,86	0,39
	Sim	34		12,97	7,83		
Satisfação com os cuidados de saúde	Não	66	100	32,66	3,93	1,62	0,10
	Sim	34		31,29	4,10		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Não	50	83	14,12	7,37	0,87	0,39
	Sim	33		12,63	7,88		
Qualidade de vida global	Não	50	83	174,82	54,28	1,14	0,25
	Sim	33		163,39	38,06		

As pessoas que apresentavam **complicações** associadas à traqueostomia (nomeadamente a fístula e a estenose) apresentaram uma perceção de qualidade de vida significativamente inferior aos restantes, na subescala qualidade de vida e saúde com  $t(98)=2,23$ ;  $p=0,02$ .

Não foram encontradas diferenças significativas na comparação de médias entre os diferentes tipos de complicações.

No que diz respeito, ao **tipo de comunicação**, aplicou-se o teste *F da ANOVA*. Os diferentes tipos de comunicação utilizados pela amostra em estudo, encontram-se representados no quadro 27.

**Quadro 27:** Qualidade de vida da amostra em relação ao tipo de comunicação

	Tipo de comunicação	n	Total	M	DP	F	p
<b>Qualidade de vida e saúde</b>	Escrita	4	100	60,50	18,82	4,14	0,0001
	Gestual	10		56,3	17,83		
	Oclusão do orifício da traqueostomia	27		87,37	22,94		
	Fala esofágica	17		52,23	25,48		
	Prótese traqueoesofágica	18		78,22	19,99		
	Escrita+gestual	11		76,54	23,62		
	Gestual+fala esofágica	5		87,80	16,62		
	Escrita+fala esofágica	2		83,0	14,14		
	Escrita+oclusão do orifício da traqueostomia	4		69,75	22,99		
	Escrita+prótese traqueoesofágica	2		77,50	26,16		
<b>Qualidade de vida global</b>	Escrita	4	83	139,75	31,17	3,18	0,003
	Gestual	9		137,33	41,42		
	Oclusão do orifício da traqueostomia	15		186,60	42,42		
	Fala esofágica	17		137,52	46,72		
	Prótese traqueoesofágica	16		193,75	39,71		
	Escrita+gestual	11		171,90	44,57		
	Gestual+fala esofágica	4		206,00	30,09		
	Escrita+fala esofágica	2		190,00	1,41		
	Escrita+oclusão do orifício da traqueostomia	4		158,50	62,82		
	Escrita+prótese traqueoesofágica	1		121,00	25,12		

Verificaram-se diferenças estatisticamente muitíssimo significativas ( $F(9,90)=4,14$ ;  $p=0,0001$ ) em relação à qualidade de vida e saúde, e muito significativas em relação à qualidade de vida global ( $F(9,73)=3,20$ ;  $p=0,003$ ).

Através do teste *post-hoc de scheffé*, encontraram-se diferenças quando se compara a oclusão do orifício da traqueostomia ( $M=87,37$ ;  $DP= 22,94$ ), com a fala esofágica ( $M=52,23$ ;  $DP=25,48$ ), favorável para os primeiros.

Em relação à qualidade de vida global, não foi possível averiguar em que grupos se situavam as diferenças devido à existência de casos com apenas uma ocorrência.

Também o recurso à terapia da fala revelou-se como favorável à perceção da qualidade de vida da amostra em estudo, como podemos verificar no quadro 28.

**Quadro 28:** Qualidade de vida da amostra em relação ao recurso à terapia da fala

	Recurso à terapia da fala	n	Total	M	DP	t	p
Qualidade de vida e saúde	Não	27	100	64,88	23,29	-2,09	0,03
	Sim	73		76,56	25,19		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Não	27	100	38,70	17,47	-1,85	0,06
	Sim	73		45,53	15,88		
Satisfação com a comunicação	Não	27	100	12,00	8,86	-1,27	0,20
	Sim	73		14,78	10,00		
Satisfação com os cuidados de saúde	Não	27	100	31,85	3,39	-0,52	0,60
	Sim	73		32,32	4,25		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Não	27	83	10,77	8,28	-2,21	0,03
	Sim	56		14,85	6,89		
Qualidade de vida global	Não	27	83	155,55	47,85	1,56	0,12
	Sim	56		172,89	47,10		

Neste sentido, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas qualidade de vida e saúde, ( $t(98)=-2,09$ ;  $p=0,03$ ). A autoeficácia no cuidado com a traqueostomia também é favorecida significativamente pelo recurso à terapia da fala, ( $t(44)= -2,21$ ,  $p=0,03$ ), o que contribui para a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

A influência dos grupos de apoio também foi analisada através do conhecimento da APLV e recurso aos serviços da APLV, como podemos observar nos quadros 29 e 30. A estas duas variáveis foi aplicado o teste *t de student* para amostras independentes.

**Quadro 29:** Qualidade de vida da amostra em relação ao conhecimento da APLV.

	Conhecimento da APLV	n	Total	M	DP	t	p
Qualidade de vida e saúde	Não	38	100	66,23	26,87	-2,28	0,02
	Sim	62		77,80	23,11		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Não	38	100	42,05	17,50	0,77	0,44
	Sim	62		44,69	15,95		
Satisfação com a comunicação	Não	38	100	12,60	9,31	-1,14	0,25
	Sim	62		14,90	9,97		
Satisfação com os cuidados de saúde	Não	38	100	31,47	3,76	-1,41	0,16
	Sim	62		32,64	4,14		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Não	33	83	10,06	8,68	-3,35	0,002
	Sim	50		15,82	5,76		
Qualidade de vida global	Não	33	83	155,03	53,47	-1,92	0,05
	Sim	50		175,32	43,69		

O conhecimento da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz demonstrou ser significativamente favorável à perceção da qualidade de vida na amostra em estudo, na componente de qualidade de vida e saúde ( $t(98)=-2,28$ ;  $p=0,02$ ), e muito significativamente na autoeficácia no cuidado com a traqueostomia ( $t(81)=-3,35$ ;  $p=0,002$ ).

**Quadro 30:** Qualidade de vida da amostra em relação ao recurso aos serviços da APLV

	Recurso aos serviços da APLV	n	Total	M	DP	t	P
Qualidade de vida e saúde	Não	65	100	71,36	26,87	-1,10	0,27
	Sim	35		77,20	23,11		
Satisfação das necessidades básicas de vida	Não	65	100	44,32	17,50	0,52	0,60
	Sim	35		42,51	15,95		
Satisfação com a comunicação	Não	65	100	13,23	9,31	-1,11	0,26
	Sim	35		15,51	9,97		
Satisfação com os cuidados de saúde	Não	65	100	32,12	3,76	-0,26	0,79
	Sim	35		32,34	4,14		
Autoeficácia no cuidado com a traqueostomia	Não	57	83	12,29	8,68	-2,60	0,01
	Sim	26		16,23	5,76		
Qualidade de vida global	Não	57	83	166,64	53,47	-1,25	0,90
	Sim	26		168,57	43,69		

O recurso aos serviços da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz demonstrou ser significativamente favorável à autoeficácia no cuidado com a traqueostomia ( $t(70)=-2,60$ ,  $p=0,01$ ).

## 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos refletir e interpretar os resultados obtidos no estudo, destacando os mais relevantes. A discussão dos resultados é acompanhada, sempre que necessário, com o quadro teórico previamente desenvolvido. Ainda, serão apresentadas as limitações do estudo, assim como algumas sugestões para desenvolvimentos futuros para a prática clínica e para a investigação na área da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

A presença de uma traqueostomia constitui uma mudança não só a nível físico, mas também a nível social, psicológico e económico. Estas mudanças exigem da pessoa uma reorganização de objetivos de vida, bem como a mobilização de recursos para integrar a nova imagem corporal.

Analisamos a fidelidade do instrumento de medida, no sentido de contribuir para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento. Neste estudo o questionário manteve uma boa consistência interna com valores de *Alpha de Cronbach* entre 0,76 e 0,96. Também calculamos o *Alpha de Cronbach* das diferentes subescalas se cada um dos itens fosse eliminado. De acordo com a análise da consistência interna, a eliminação dos itens três, 14, 29 e 38 da subescala QVS, do item oito da subescala SNBV e do item 53 da subescala ACT poderia contribuir para melhorar o instrumento de colheita de dados deste estudo.

Assim, apesar de alguns itens serem suscetíveis de serem eliminados, sugere-se a continuação do desenvolvimento do instrumento até a amostra total atingir um número adequado. Consideramos o questionário com 59 itens muito longo, tendo em conta a população específica à qual se dirige. Eventualmente a eliminação dos itens mais frágeis poderia ocorrer em reunião com os autores do QQVPT.

Ao verificar a associação conceptual, quase todas as subescalas do QQVPT apresentaram correlações positivas fortes ou positivas moderadas com a qualidade de vida global. Apenas a satisfação com os cuidados de saúde evidenciou uma correlação positiva fraca. De facto, durante a colheita de dados ficou evidente que a satisfação com os cuidados de saúde não era sinónimo de qualidade de vida.

A colheita de dados permitiu perceber que as pessoas portadoras de traqueostomia não demonstraram uma preocupação excessiva com a imagem corporal. No entanto, referem o primeiro contacto visual com o estoma como

marcante mas também um momento importante no processo de consciencialização.

Na bibliografia encontrada, é evidente o impacto da traqueostomia na imagem corporal. O estudo de Danker e colaboradores (2010) revelou que mais de 50 % da amostra (N=218) sentia embaraço devido ao traqueostoma. Apesar da maioria sentir incómodo relativamente à traqueostomia, este facto não impede as pessoas de se manterem ativas (Gomes e Rodrigues, 2010).

As pessoas aprendem a lidar com a situação que lhes é apresentada como irreversível e com o tempo aprendem a lidar com a nova imagem e com as sequelas do tratamento (Vilaseca, Chen e Backscheider, 2006). Apesar disso, a grande maioria não consegue esquecer o estoma. Estes aspetos indicam um grande esforço por parte do indivíduo no processo de adaptação à traqueostomia (Blanco e González-Botas, 2011).

Ao analisar as características da amostra em estudo, 98% são do sexo masculino e 2% do sexo feminino. A média de idades situa-se nos 60,06 anos e com uma média de anos de escolaridade de 4,83 anos. Verifica-se assim, que a amostra apresenta características de senescência e baixa escolaridade. Estas características também estão presentes em estudos prévios (Demiral et al., 2008; Mallis et al., 2011). As características etárias refletem-se na situação laboral, uma vez que 78% estão reformados e 17% com baixa clínica (Vartanian et al., 2006; Blanco e González-Botas, 2011).

Apesar de, no nosso estudo, terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,03$ ) entre homens e mulheres na subescala SNBV, este resultado deve ser apreciado com precaução, tendo em conta as particularidades da amostra em estudo. Poucos estudos exploram a influência do sexo na qualidade de vida. Lee, Gibson e Hilari (2010) com um N=43 revelaram que os homens apresentavam melhor qualidade de vida global assim como nos domínios físico, emocional, cognitivo e social.

A componente física ou as questões relacionadas com a capacidade funcional parecem ser as mais atingidas (Jayasuriya et al., 2010). Os elementos da nossa amostra, referem aptidão para executar as tarefas habituais, embora com menos força e mais limitações. Estas dificuldades estão relacionadas com o tipo de atividade e com as limitações físicas impostas pela cirurgia que condicionou a traqueostomia, com a própria traqueostomia e também pelos tratamentos associados.

A limitação física mais referenciada é a alteração na mobilidade dos membros superiores. Esta dificuldade está associada ao esvaziamento cervical (Paula e

Gama, 2009) que ocorre em determinadas situações, e ultrapassa a limitação física. Ela interfere com o autocuidado da traqueostomia na medida em que dificulta o ato de apertar a fita de nastro, a limpeza do estoma e também a manutenção da prótese fonatória. Estes aspetos foram muito referidos pelos elementos da nossa amostra.

Apesar de continuar a desempenhar as tarefas diárias com normalidade, 72% da amostra referiu que a traqueostomia constituiu a razão para a sua incapacidade laboral. De acordo com os estudos de Demiral e colaboradores, 2008; Liu, 2008 e Leew e colaboradores, 2010, as razões da incapacidade laboral podem estar relacionadas com o setor profissional ao qual pertencem.

É importante referir que 40% da amostra realizou a traqueostomia num tempo inferior a 12 meses, seguido de 24% que realizou a traqueostomia num período de tempo de um a dois anos. Estes dados merecem especial atenção, na medida em que o período inicial é considerado vital na vivência da pessoa com traqueostomia. O primeiro ano é caracterizado pelos tratamentos, pela aprendizagem de um tipo de voz e pelo progressivo regresso à normalidade.

Os resultados da avaliação da QdV das pessoas portadoras de traqueostomia, obtidos através do QQVPT, indicam-nos uma perceção de qualidade de vida razoável (Gomes e Rodrigues, 2010; Blanco e González-Botas, 2011). O score global médio obtido foi de 3,00 (entre zero e cinco).

A subescala do QQVPT que apresentou scores mais baixos foi a satisfação com a comunicação, tal como a bibliografia indica, esta constitui uma das grandes preocupações da amostra (Nooman e Hegarty, 2010; Robertson et al., 2012). O impacto das dificuldades de comunicação na qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, é evidenciado pelo número de artigos que utilizam instrumentos específicos de avaliação da QdV relacionada com a voz (Kazi et al., 2007; Moukabel et al., 2011).

As questões relacionadas com o volume e clareza da voz, a satisfação com o tipo de comunicação e a capacidade de comunicar ao telefone representaram uma fonte de ansiedade para os elementos da amostra. Estes resultados estão em consonância com a bibliografia encontrada (Mallis et al., 2011; Freeman, 2011).

A satisfação com a comunicação poderá estar relacionada com o tempo necessário para a aprendizagem do tipo de voz e também com a adoção de estratégias que facilitem a interiorização do tipo de voz e assim ajudar na interação com a sociedade e a família.

Os elementos da amostra também referiram dificuldade acrescida de falar em público ou em espaços com elevada densidade populacional. Este facto por si só,

interfere com as relações sociais e pode prejudicar a aprendizagem do tipo de fala. No estudo verificaram-se duas situações, os que optavam por isolar-se em casa pela dificuldade de compreensão pelos outros e os que procuravam ultrapassar os obstáculos que podiam surgir.

Na amostra em estudo, 24% dos elementos utilizam mais do que um tipo de comunicação. Este facto pode estar relacionado com a necessidade de facilitar a compreensão durante o período de aprendizagem do tipo de comunicação selecionado para cada caso.

Ao verificar a existência de diferenças muitíssimo significativas ( $p=0,0001$ ) entre os diferentes tipos de comunicação, constatou-se que as pessoas que utilizavam a oclusão do orifício da traqueostomia como meio de comunicação apresentavam melhores scores na subescala qualidade de vida e saúde quando comparadas com os indivíduos que utilizavam a fala esofágica.

A oclusão do orifício da traqueostomia é utilizada quando não há remoção das estruturas fundamentais à comunicação oral (laringe), o que permite uma melhor compreensão da pessoa por parte dos outros (Morris, 2010).

Por outro lado, a fala esofágica exige um período longo de aprendizagem sendo necessário bastante esforço e empenho da pessoa, sendo condicionado pela presença de complicações e pelo tipo de tratamento associado (Hakeem, Hakeem e Garg, 2010; Moukarbel et al., 2011). O estudo realizado por Moukarbel e colaboradores (2011) ao comparar diferentes tipos de reabilitação vocal (laringe eletrónica, voz esofágica e voz traqueoesofágica) verificou não existirem diferenças significativas entre a voz esofágica e a voz com recurso à prótese traqueoesofágica, no que respeita à qualidade de vida. Ambas demonstraram melhor qualidade de vida em relação à laringe eletrónica.

Em relação à satisfação com os cuidados de saúde, constatamos que a amostra em estudo percebe os cuidados de saúde como positivos, muito satisfatórios e fundamentais no processo de adaptação à nova condição, assim como no autocuidado da traqueostomia. As pessoas sentem-se seguras, e referem que podem obter ajuda sempre que necessário.

Relativamente aos cuidados de saúde, a figura do enfermeiro é considerada como fundamental na gestão dos aspetos relacionados com a traqueostomia. Nos profissionais da instituição onde a pessoa realizou a traqueostomia, é depositada toda a confiança uma vez que estes desempenham um papel fundamental no processo de adaptação à traqueostomia. A propósito, Foster (2010) refere que a confiança é atribuída aos profissionais com competência e devidamente treinados, mas também à sensibilidade que depositam durante a execução dos

procedimentos. A formação de profissionais especializados e integrados numa equipa multidisciplinar na área das ostomias de ventilação, constitui uma ferramenta fundamental no apoio específico à pessoa com traqueostomia (Sudderth, 2011).

O conhecimento a aprendizagem de capacidades para o autocuidado da traqueostomia é iniciado no hospital e deve continuar nos cuidados de saúde primários. No entanto, a articulação de cuidados ainda não atingiu os níveis desejados. Ambos os tipos de cuidados contribuem para a promoção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia (Santos, 2011).

A programação e elaboração de protocolos de atuação entre hospitais e centros de saúde permitiriam a continuidade de cuidados especializados após a alta hospitalar. A visita dos profissionais dos centros de saúde ao hospital dias antes da alta hospitalar é uma intervenção defendida por alguns autores (Bowers e Scase, 2007; Santos, 2011).

Embora não fosse objetivo do estudo abordar as questões de acessibilidade aos cuidados de saúde, durante a colheita de dados foi possível constatar as dificuldades encontradas no acesso a material e dispositivos para o autocuidado da traqueostomia. Esta situação era particularmente evidente nos cuidados de saúde primários, o que indica a necessidade de mudanças a este nível, nomeadamente na articulação de cuidados e maior investimento e divulgação de materiais pelos profissionais de saúde.

A colheita de dados também permitiu compreender algumas diferenças individuais relativamente à vivência da pessoa com traqueostomia. Perante a mesma situação ou dificuldade, os elementos da nossa amostra reagiam de maneira muito variável. Neste sentido, a personalidade ou as estratégias de *coping* parecem ter um efeito mediador na qualidade de vida.

De um modo geral, os elementos da nossa amostra têm uma perceção de autoeficácia favorável, facto atribuível ao empenho das pessoas na aquisição de novas competências fundamentais para recuperar a autonomia nas atividades diárias.

Neste sentido, a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia contribui para a qualidade de vida, sendo na pessoa portadora de traqueostomia ainda mais evidente na medida em que as mudanças ocorrem numa área vital, a respiração. A incapacidade ou dificuldade na gestão deste domínio, vai refletir-se na dependência de terceiros, na manutenção da vida e de um ambiente seguro (Santos, 2011).

A análise dos dados obtidos através da comparação entre grupos mostrou-nos que quanto maior é a escolaridade, maior é a satisfação com a comunicação, assim como a satisfação com a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia. A correlação foi significativa para um valor de  $p < 0,05$ . Estes dados sugerem a necessidade de uma intervenção sistemática com especial atenção aos indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo.

Os indivíduos com mais escolaridade têm maior capacidade de adotar estratégias alternativas à comunicação oral, quando esta se encontra afetada. Danker e colaboradores (2010) ao investigarem o isolamento social após laringectomia total, demonstraram que os indivíduos com um nível educacional mais elevado tinham mais atividade social. Por outro lado, as pessoas com mais escolaridade têm maior capacidade na procura de informação e de acesso a serviços de saúde e também na compreensão da informação necessária ao autocuidado da traqueostomia.

A qualidade de vida da pessoa com traqueostomia é favorecida com o tempo decorrido após a cirurgia, assim como as subescalas qualidade de vida e saúde, satisfação com as necessidades básicas de vida e a satisfação com a comunicação.

Estes resultados reforçam a ideia de que o tempo é fundamental na adaptação e integração das mudanças impostas pela traqueostomia. À pessoa com traqueostomia é exigido uma reaprendizagem de funções básicas como: comer, beber e respirar, o que não é exequível logo após a cirurgia (Barros, Portas e Queija, 2009).

Os portadores de traqueostomia definitiva demonstraram melhor satisfação com as necessidades básicas de vida. No estudo de Blanco e González-Botas (2011) não foram encontradas diferenças significativas entre os portadores de traqueostomia permanente e os portadores de traqueostomia temporária.

O tipo de cirurgia que condiciona a realização da traqueostomia definitiva pode influenciar este domínio. Nas situações em que ocorre a remoção completa da laringe, o tubo digestivo fica completamente independente da área respiratória, o que facilita a deglutição em relação aos portadores de traqueostomia temporária. Por outro lado, o caráter de irreversibilidade da situação e a programação da cirurgia, proporciona mais tempo na adaptação à traqueostomia.

O tipo de admissão para a cirurgia e a presença de complicações, são aspetos mencionados na literatura como influenciadores da qualidade de vida. Neste estudo, as pessoas submetidas a traqueostomia programada e sem complicações demonstraram uma qualidade de vida e saúde mais favorável em relação aos

submetidos a traqueostomia de urgência e com complicações (Kazi et al., 2007; Gul e Karadag, 2010).

Também no estudo de Hashmi e colaboradores (2010) as pessoas submetidas a traqueostomia não programada apresentaram uma diminuição no funcionamento físico e mental. Os autores atribuem este facto à falta de compreensão da necessidade do procedimento e lacunas na preparação pré-operatória.

Mais uma vez estes dados, vêm confirmar a importância de uma intervenção estruturada na abordagem à pessoa com traqueostomia e da necessidade de tempo para que a pessoa interiorize a informação necessária para encarar o impacto da traqueostomia na sua vida e da sua família.

Ao mesmo tempo, a correta prática clínica na prevenção de complicações constitui um elemento favorável à promoção da qualidade de vida. A ausência de complicações facilita o autocuidado da traqueostomia e a aprendizagem da fala. Assim como em estudos anteriores, no nosso estudo a ausência de complicações revelou-se favorável à percepção da qualidade de vida e saúde (Kazi et al., 2007).

No nosso estudo 33% apresentaram complicações. As complicações mais foram a fístula e a maceração, as quais podem estar relacionadas com o tempo decorrido da cirurgia, mas também com a dificuldade no autocuidado traqueostomia, nomeadamente na higiene do estoma. Estas são consideradas na bibliografia complicações pós-operatórias (Bové e Afifi, 2010; Santos, 2011).

As complicações relacionadas com a prótese fonatória fazem emergir uma necessidade acrescida de cuidados de enfermagem. Esta técnica constitui uma prática cada vez mais utilizada, mas também exige mais competências ao nível do autocuidado, uma área de excelência dos enfermeiros (Regan e Dallachiesa, 2009).

O recurso à terapia da fala revelou-se significativamente favorável à percepção da qualidade de vida e saúde e à autoeficácia no cuidado com a traqueostomia. Estes resultados são relevantes uma vez que demonstram mais uma vez que a comunicação é essencial para a manutenção dos contactos sociais e construção da nossa identidade (Carmo, Camargo e Nerm, 2009).

Assim, toda e qualquer estratégia que promova a reabilitação vocal, beneficia a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia (El-Moselhy, Farghaly e Saleth, 2010). Porém, Vidaurreta e Rufo (2008) referem que a reabilitação da voz não é o único fator determinante para uma melhor qualidade de vida. As intervenções devem ir mais além do que a terapia da fala, promovendo a adaptação à nova condição.

A terapia da fala é uma oportunidade de contacto com o estoma, de defrontar a nova autoimagem, de colocar dúvidas e validar questões relativas ao autocuidado da traqueostomia. Consideramos por isso relevante para a enfermagem o acompanhamento desta população específica, durante a reabilitação vocal e em estreita colaboração com a terapeuta da fala.

A presença de suporte social demonstrou neste estudo, estar relacionada com melhor qualidade de vida e saúde. Este aspeto foi investigado procurando saber se as pessoas conheciam a APLV e se já alguma vez recorreram aos seus serviços.

O conhecimento da APLV revelou contribuir significativamente para a qualidade de vida e saúde e para o autocuidado da traqueostomia. As pessoas que tinham conhecimento da APLV apresentaram melhores scores nas subescalas qualidade de vida e saúde e na autoeficácia no cuidado com a traqueostomia.

A convivência com pessoas que já passaram pela mesma situação, pelas mesmas dificuldades e que integraram nas suas vidas as mudanças impostas pela traqueostomia, promove o sentimento de segurança perante situações inesperadas que possam surgir. A rede social de apoio proporcionada pela APLV pode representar um espaço de partilha de informação, uma oportunidade de facilitar a preparação pré-operatória e também uma forma de auxílio na procura de estratégias de adaptação mais eficazes (Santana, Zanin e Maniglia, 2008). Estes dados indicam a necessidade de apoio e incentivo às associações de doentes, no sentido de uma gestão adequada das experiências de cada um e da comunicação com os outros. As pessoas significativas devem manter-se próximas em todo o processo de tratamento e reabilitação, para uma melhor adaptação à sociedade.

O recurso aos serviços da APLV contribui favoravelmente para uma melhor autoeficácia no cuidado com a traqueostomia. As diferenças entre os que recorreram aos serviços e os que não o fizeram, são muito significativas. Os grupos de apoio através do conjunto de informações e serviços que podem ter disponíveis para as pessoas, facilitam a acessibilidade aos serviços de saúde. A pessoa com mais recursos tem a oportunidade de otimizar o autocuidado da traqueostomia e assim, melhorar a qualidade de vida (Karnell, et al., 2007; Silva, Abrahão e Rudnicki, 2009).

Pela leitura dos resultados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida global, relativamente a quase todas as variáveis clínicas e de saúde. No entanto, determinadas subescalas do QQVPT foram influenciadas significativamente ou muito significativamente pelas variáveis clínicas e de saúde

O tempo decorrido após a cirurgia foi a única variável clínica que apresentou correlação estatisticamente significativa com a qualidade de vida global. Tendo em conta que a transição saúde/ doença exige tempo (Schumacher e Meleis, 1994), este é importante para a adaptação às alterações condicionadas pela traqueostomia e a reformulação da imagem corporal (Biardi, Warner e Knapik, 2006).

Estes dados permitem compreender que o conceito de qualidade de vida é multidimensional e para o qual contribuem diversos fatores relacionados entre si. Um fator ou dimensão isolada, não é condição exclusiva para influenciar a qualidade de vida. As correlações fracas positivas dos anos de escolaridade e o tempo de cirurgia, com as subescalas do QVPT são exemplo disso. De realçar, a correlação estatisticamente significativa entre a subescala satisfação com a comunicação e as variáveis, tempo e anos de escolaridade, o que não se verificou em estudo prévio desenvolvido pela UNIESEP.

Os resultados deste estudo têm implicações para a prática de enfermagem. O conhecimento decorrente deste trabalho permitiu identificar e compreender as necessidades desta população específica. Consideramos que este estudo produziu informação sensível aos cuidados de enfermagem, constituindo uma base de trabalho para a melhoria da assistência à pessoa portadora de traqueostomia. Ao mesmo tempo, o questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia constitui-se como um instrumento de melhoria da actividade diagnóstica de enfermagem.

Na realização deste estudo foram sentidas algumas dificuldades e limitações, uma vez que se refere a uma população com características próprias em situação de doença aguda ou crónica. Essas limitações foram sentidas ao nível do desenho do estudo, das características da amostra e da colheita de dados.

Relativamente ao desenho de estudo, consideramos importante efetuar um estudo mais alargado no tempo, ou seja, longitudinal. Este tipo de estudo permitiria uma compreensão mais realista da situação, sua relação com o contexto no qual a pessoa se insere bem como, as alterações na qualidade de vida ao longo do tempo. No entanto, as limitações de tempo relacionadas com o contexto académico condicionaram a realização de um estudo transversal, limitado apenas a um momento.

Uma outra limitação esteve relacionada com a aplicação do questionário. As dificuldades de comunicação, bem como a gestão do espaço para a colheita de dados nas instituições condicionaram esta fase do estudo. A aplicação do questionário em quatro instituições contribuiu para que a colheita de dados se

prolongasse no tempo. A utilização de um questionário ainda não completamente validado também condiciona a inferência dos resultados.

As características e o tamanho da amostra também condicionaram este estudo. A amostra escolhida foi não aleatória, com distribuições desiguais em relação ao sexo, às características da doença e ao número de elementos obtido em cada instituição, limitando a inferência dos resultados. Tentámos, no entanto, obter uma amostra com um número apropriado para atingir os objetivos definidos.

As nossas propostas de investigação consistem em desenvolver estudos que melhorem o conhecimento nesta área e também que permitam avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem.

Consideramos que a avaliação da qualidade de vida ao longo do tempo pode ser um indicador da eficácia dos cuidados de enfermagem. A realização de um estudo longitudinal utilizando o QVPT e um instrumento de avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem, permitiria conhecer o contributo da enfermagem para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia. Esta metodologia podia ser utilizada quando fosse necessário validar uma intervenção de enfermagem.

Considerando as limitações do estudo já aqui explicitadas, os resultados obtidos não podem ser extrapolados para fora do universo amostral. Os resultados encontrados permitiram-nos algumas inferências, mas algumas questões ainda permanecem sem resposta. Elas constituem sem dúvida, um ponto de partida para investigações futuras.

## **7 - CONCLUSÃO**

O aumento progressivo da esperança de vida, a introdução de novas modalidades terapêuticas no tratamento de doenças para além de prolongarem a vida, fazem emergir questões relacionadas com o custo/benefício para as pessoas com doença aguda ou crónica. As consequências e implicações dos tratamentos na qualidade de vida das pessoas começam a ser consideradas no processo de tomada de decisão, relativamente às opções terapêuticas.

Assim, o conceito de qualidade de vida assume particular importância em contexto de doença. O conceito de qualidade de vida escolhido para este estudo foi o da OMS, o que representa a perceção individual sobre a sua posição na vida a qual é influenciada por aspetos físicos, psicológicos, relações sociais e nível de independência.

Este conceito quando aplicado a situações de saúde/ doença denomina-se qualidade de vida relacionada com a saúde. A avaliação da QdVRS pretende compreender de que forma as dimensões físicas, psicológicas e sociais são afetadas pela especificidade da doença ou formas de tratamento. Esta perspetiva baseia-se nas perceções individuais sobre a sua doença ou contexto de saúde, bem como o que cada dimensão representa para a pessoa.

A realização deste estudo sobre a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia, faz sentido na medida em que esta população possui características singulares que são o resultado do impacto da traqueostomia na vida da pessoa. Ao valorizar a perceção individual, consideramos insuficiente uma abordagem que se centre apenas nas alterações visíveis da traqueostomia, uma vez que os seus efeitos estão para além do procedimento em si. Estes constituíram os pressupostos para a realização deste estudo.

Para procedermos à perceção de QdV da pessoa com traqueostomia procedemos a um estudo de natureza exploratória e descritiva. Pretendemos conhecer a perceção sobre a sua QdV em diferentes dimensões, a autoeficácia, a satisfação das necessidades básicas de vida, a satisfação com a comunicação e a satisfação com os cuidados de saúde. Para isso utilizamos o QdVPT desenvolvido

em estudo prévio pela UNIESEP (Nazaré, T.; Santos, C.; Ferreira, T.; Teixeira, C.; Meireles, M.)

A análise dos resultados através das diferenças significativas possibilitou confirmar que a qualidade de vida é um conceito multidimensional uma vez que, apesar de alguns domínios serem afetados por determinados fatores, não se refletia na qualidade de vida global. A amostra em estudo, percecionou uma qualidade de vida razoável. A subescala do QQVPT que apresentou um score mais baixo foi a satisfação com a comunicação.

Com este estudo, foi possível clarificar alguns dos fatores que influenciam a qualidade de vida e que são importantes na definição das ações e estratégias mais eficazes no cuidado à pessoa com traqueostomia.

Assim, foram identificadas algumas variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia: a escolaridade, o tempo decorrido da cirurgia, o tipo de comunicação, a presença de complicações, o tipo de admissão para a cirurgia, as características temporais do estoma, o recurso à terapia da fala, o conhecimento e o recurso aos serviços da APLV.

A satisfação com a comunicação e a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia são favorecidas com o aumento da escolaridade. Por outro lado, a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia é favorecida pelo tempo que vai passando após a cirurgia. Os portadores de traqueostomia definitiva apresentaram resultados mais favoráveis na subescala satisfação das necessidades básicas de vida. As pessoas submetidas a traqueostomia programada, sem complicações apresentaram melhor qualidade de vida e saúde. A oclusão do orifício da traqueostomia como tipo de comunicação, demonstrou ser mais favorável para a qualidade de vida e saúde em relação à fala esofágica. Também a terapia da fala e o conhecimento da APLV mostraram influenciar de forma positiva a qualidade de vida e saúde assim como, a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia. Concluimos ainda que a autoeficácia no cuidado com a traqueostomia é beneficiada pelo recurso à APLV.

Pelo que podemos concluir, os factores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia são diversos, pelo que só a sua monitorização e acompanhamento precoce e prolongado no tempo poderá ajudar esta população específica. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, torna-se fundamental o desenvolvimento de intervenções específicas para esta população. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros têm a responsabilidade acrescida sobre a qualidade de vida e saúde da pessoa com traqueostomia.

Pela natureza da profissão, a enfermagem dirige a sua atenção às respostas corporais do indivíduo a situações de saúde/ doença. Neste sentido, assume especial relevância no apoio à gestão da doença e do impacto da mesma nos domínios físico, socioeconómico e psicológico.

Na abordagem à pessoa com traqueostomia é fundamental a implicação de uma equipa multidisciplinar para otimizar recursos e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida. Assim as nossas sugestões orientam-se para um melhor conhecimento e intervenção dos profissionais de saúde no acompanhamento precoce e sistematizado do processo de transição da pessoa portadora de traqueostomia no sentido de otimizar a qualidade de vida.

A utilização da teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000) permite centrar a nossa atenção na pessoa, é útil na investigação pois possibilita a operacionalização de conceitos na resolução de problemas relevantes para a enfermagem.

Nesta perspetiva consideramos a qualidade de vida como um indicador de processo na medida em que permite compreender de que forma está a decorrer a transição. Ao mesmo tempo é um indicador de resultado pois a qualidade de vida é o objetivo dos cuidados de enfermagem. A qualidade de vida também pode ser um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, se avaliada através de instrumentos sensíveis às intervenções de enfermagem.

Para a valorização da perceção individual da qualidade de vida é fundamental o desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem e investigação empírica para validação das intervenções de enfermagem.

A avaliação da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia deve ser efetuada através de instrumentos específicos, e o QQVPT é um instrumento útil que deve continuar a ser desenvolvido em estudos posteriores.

Pensamos que a resposta às questões de investigação contribuiu para um conhecimento desta temática. No entanto, este tema não se esgota aqui, configurando-se este estudo, como um ponto de partida para a valorização das intervenções de enfermagem na promoção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Apesar das limitações do estudo, consideramos ter atingido os objetivos inicialmente propostos. Pensamos que este estudo também foi benéfico para desenvolver o nosso conhecimento sobre a metodologia de investigação que, decerto será muito útil em trabalhos futuros. Não podemos deixar de referir o seu contributo para proporcionar uma melhor atividade profissional.



## 8 - BIBLIOGRAFIA

AARSTAD, Anne K.H.; AARSTAD, Hans J. e OLOFSSON, Jan - Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow-up. *Ata Oncológica* [em linha]. Vol. 47, nº 5 (2008), p. 879-890. [Consult. 14 janeiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/02841860701798858>>. ISSN 0284-186X.

AARSTAD, Hans J. [et al.] - Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. *Ata Oto-Laryngologica* [em linha]. Vol. 125, nº 5 (2005), p. 557-565. [Consult. 16 maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/00016480510027547>>. ISSN 0001-6489.

ABREU, Wilson Jorge Correia - *Transições e contextos multiculturais*. 2ª edição. Coimbra: Formasau, 2011.

ARGIRIS, Athanassios [et al.] - Head and neck Cancer. *The Lancet* [em linha]. Vol. 371, nº 17 (May, 2008), p. 1695-1709. [Consult. 15 janeiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.thelancet.com/collections/oncology?collexcode=11>>. ISSN 0140-6736.

ATTIEH, Abdelrahim [et al.] - Voice restoration following total laryngectomy by tracheoesophageal prosthesis: effect on patient's quality of life and voice handicap in Jordan. *Health and Quality of life Outcomes* [em linha]. Vol 6, nº 26 (March, 2008), p. 1-10. [Consult. 16 maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.hqo.com/content/6/1/26>>. ISSN 1477-7525.

BABIN, E. [et al.] - Quality of life in Head and Neck Cancer Patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archives of Oto-rhino-laryngology* [em linha]. Vol 265, nº 3 (March, 2008), p. 265-270. [Consult. 16 maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.springerlink.com/content/k6hqpp1p52310725/>>. ISSN 1434-4726.

BARNETT, M. - Adapting to living with a tracheostomy. *Journal of Community Nursing*. [em linha]. Vol. 20, nº 1 (January, 2006), p. 4-7. [Consult. 12 novembro, 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.jcn.co.uk/back-issues/>>. ISSN 0263-4465.

BARNETT, M. - A practical guide to the management of tracheostomy. *Journal of Community Nursing* [em linha]. Vol 22, nº 12 (December, 2008), p. 24-26. [Concult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://WWW.jcn.co.uk/back-issues/>>. ISSN 0263-4465.

BARROS, Ana Paula B.; PORTAS, Juliana Godoy; QUEIJA, Débora S. - Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. *Revista Brasileira de Cirurgia de cabeça e pescoço* [em linha]. Vol 38, nº 3 (julho/ agosto/ setembro, 2009), p. 202-207. [Consult. 14 janeiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://sbcnpnetpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/351/315>>. ISSN 0100-2171.

BIORDI, Diana Luskin; WARNER, Andrea M.; KNAPIK, Gregory P. - Impact of the disease: body image In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. (editors). - *Chronic illness: impact and interventions*. Sixth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. Cap. 8.

BJÖRLING, Gunilla - Long-term tracheostomy care: how to do it. *Breathe* [em linha]. Vol 5, nº3 (March, 2009), p. 205-213. [Consult. 10 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rcjournal.com/contents/04.05/04.05.0534.pdf>>. ISSN 1810-6838.

BLANCO, Mercedes Álvarez-Buylla; GONZÁLEZ-BOTAS, Jesús Herranz - Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe, laringe e hipofaringe. *Ata otorrinolaringológica Española* [em linha]. Vol 62, nº 2 (Marzo/abril,2011), p.103-112. [Consult. 8 setembro 2011]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/s0001-6519\(10\)00170-6.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/s0001-6519(10)00170-6.pdf)>. ISSN 0001-6519.

BOVÉ, Michiel J.; AFIFI, M. Sherif - Tracheostomy procedure In MORRIS, Linda; AFIFI, Sherif (editors) - *Tracheostomies: The Complete Guide*. New York: Springer Publishing Company, 2010. Cap. 2.

BOWERS, Ben; SCASE, Claire - Tracheostomy: facilitating successful discharge from hospital to home. *British Journal of Nursing* [em linha]. Vol. 16, nº 8 (April, 2007), p. 476-479. [Consult. 7 outubro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=23418;article=BJN\\_16\\_8\\_476\\_479](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=23418;article=BJN_16_8_476_479)>. ISSN 0966-0461.

BOWERS, Ben - Providing effective support for patients facing disfiguring surgery. *British Journal of Nursing* [em linha]. Vol. 17, nº 2 (2008), p. 94-98. [Consult. 20 outubro 2010]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=28135;article=BJN\\_17\\_2\\_94\\_98](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=28135;article=BJN_17_2_94_98)>. ISSN 0966-0461.

BOZEC, A. [et al.] - Quality of life after Oral and Oropharyngeal Reconstruction with a Radial Forearm Free Flap: Prospective Study. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery* [em linha]. Vol. 38, nº 3 (June, 2009), p. 401-408. [Consult. 16 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL:[www.mendeley.com/research/quality-of-life-after-oral-and-oropharyngeal-reconstruction-with-a-radial-forearm-free-flap-prospective-study/](http://www.mendeley.com/research/quality-of-life-after-oral-and-oropharyngeal-reconstruction-with-a-radial-forearm-free-flap-prospective-study/)>. ISSN 0019-5421.

BRAZ, Daniella S. A. [et al.] - Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics* [em linha]. Vol. 60, nº 2 (April, 2005), p. 135-142. [Consult. 15 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/clin/v60n2/23839.pdf>>. ISSN 1807-5932.

BRINK, J. [et al.] - Quality of Life during the First 3 Months Following Discharge after Surgery for Head and Neck Cancer: Prospective Evaluation. *The Journal of Otolaryngology* [em linha]. Vol. 35, nº 6 (December,2006), p. 395-403. [Consult. 15 janeiro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17380834>>. ISSN 0381-6605.

CANAVARRO, Maria Cristina - Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz (coord.) - *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. Cap. 1.

CARMO, Rodrigues D.; CAMARGO, Zuleica; NEMR, Kátia - Relação entre qualidade de vida e autoperceção da qualidade vocal de pacientes laringectomizados totais: estudo piloto. *Revista CEFAC - Atualização científica em fonoaudiologia e educação* [em linha]. Vol 8, nº 4 (outubro/ dezembro, 2006), p. 518-528. [Consult. 8 setembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v8n4/v8n4a13.pdf>>. ISSN 1516-1846.

CARR, E. - Head and Neck Malignancies. In YARBRO C. H.; FROGGE, M.; GOODMAN, M. - *Cancer Nursing Principles and Practices*. 6ª edição: Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 2005. p. 1294-1329.

CHIN, Patricia A. - Impact of the health professional: change agent In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. - *Chronic illness: impact and interventions*. Sixth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. Cap. 14.

CLOTWORTHY, Nell [et al.] - *St George's Healthcare NHS Trust: Guidelines for the care of the patients with tracheostomy tubes*. Kent: Smiths Medical, 2007.

DANKER, Helge [et al.] - Social withdrawal after laryngectomy. *European Archives of Oto-rhinolaryngology* [em linha]. Vol. 267, nº 4 (April, 2010), p. 593-600. [Consult. 24 outubro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.springerlink.com/content/2uk47l0hu7257342/>>. ISSN 1434-4726.

DEMIRAL, Ayse Nur [et al.] - The effect of socioeconomic factors on Quality of life after treatment in patients with head and neck cancer. *International Journal Radiation Oncology-Biology-Physics* [em linha]. Vol 70, nº 1 (January, 2008), p. 23-27. [Consult. 12 fevereiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(07\)00993-5/fulltext](http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(07)00993-5/fulltext)>. ISSN 0360-3016.

DHAND, Raijiv; JOHNSON, Jeremy C. - Care of The Chronic Tracheostomy. *Respiratory Care* [em linha]. Vol. 51, nº 9 (September, 2006), p. 984-1004. [Consult. 25 novembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rcjournal.com/contents/09.06/09.06.0984.pdf>>. ISSN 0020-1324.

DINGMAN, Chad; HEGEDUS, Patricia D. [et al.] - A Coordinated, Multidisciplinary Approach to Caring for the Patient With Head and Neck Cancer. *Supportive Oncology* [em linha]. Vol 6, nº 3 (March, 2008), p. 125-131. [Consult. 7 março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://jso.imng.com/jso/journal/articles/0603125.pdf>>. ISSN 1544-6794.

DONZELLI, Joseph [et al.] - Secretions, occlusion status and swallowing in patients with a tracheostomy tube: a descriptive study. *ENT-Ear, Nose & Throat Journal* [em linha]. Vol 85, nº 12 (December, 2006), p. 831-834. [Consult. 17 fevereiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.entjournal.com/sites/entjournal.com/files/archive/www.entjournal.com/Media/PublicationsArticle/DONZELLI-12\\_06.pdf](http://www.entjournal.com/sites/entjournal.com/files/archive/www.entjournal.com/Media/PublicationsArticle/DONZELLI-12_06.pdf)>. ISSN 0145-5613.

DUFFY, Sonia A. [et al.] - Depressive symptoms, smoking, drinking and quality of life among head and neck cancer. *Psychosomatics* [em linha]. Vol 48, nº 2 (March/April,2007),p.142-148. [Consult. 7 setembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/48/2/142>>. ISSN 0033-3182.

DURBIN, Charles G. - Tracheostomy: Why, When and How? *Respiratory Care* [em linha]. Vol 55, nº 8 (August, 2010), p. 1056-1068. [Consult. 7 julho 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rcjournal.com/contents/08.10/08.10.1056.pdf>>. ISSN 0020-1324.

EL-MOSELHY, E. A.; FARGHALY, T.M.; SALEH, Y. E. - Larynger cancer: Quality of life among patients underwent total laryngectomy. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* [em linha]. Vol 39 (June, 2010), 164-180. [Consult. 7 outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://egyptianjournal.net78.net/39\\_3.pdf](http://egyptianjournal.net78.net/39_3.pdf)>. ISSN 1687-2002.

ENGELBRECHT, Leanie e VAN Der MERWE, Anita - Quality of life after total Glosso-Laryngectomy. *The South African Journal of Communication Disorders* [em linha]. Vol 54 (2007), p. 29-38. [Consult. Outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/5888/Engelbrecht\\_Quality\(2007\).pdf?sequence=1](http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/5888/Engelbrecht_Quality(2007).pdf?sequence=1)>. ISSN 0379-8046.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos*. Porto, 2007.

FEBER, Tricia - Tracheostomy care for community nurses: basic principles. *British Journal of Community Nursing* [em linha]. Vol 11, nº 5 (2005), p. 186-193. [Consult. 5 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/.../article.cgi?...pdf>>. ISSN 1462-4753.

FLECK, M. P. A. - Problemas conceituais em qualidade de vida. In FLECK, M. P. A. [et al.] - *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-22.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 2009.

FOSTER, Andrew - More than nothing: the lived experience of tracheostomy while acutely ill. *Intensive and Critical Care Nursing* [em linha]. Vol 26, nº 1 (February, 2010), p. 33-43. [Consult. 9 julho 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/issues?issue\\_key=S0964-3397\(09\)X0007-8](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/issues?issue_key=S0964-3397(09)X0007-8)>. ISSN 0964-3397.

FREEMAN, Samantha - Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing Standart* [em linha]. Vol 26, nº 2 (September, 2011), p. 49-56. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-care-of-adult-patients-with-a-temporary-tracheostomy>>. ISSN 0029-6570.

GAMEIRO, Sofia [et al.] - Fatores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz (coord.) - Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. Cap. 9.

GARRUBA, Marie; TURNER, Tori; GRIEVESON, Clare - Multidisciplinary care for tracheostomy patients: a systematic review. *Critical Care* [em linha]. Vol 13, nº 6 (November, 2009), p. 1-6. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://ccforum.com/content/pdf/cc8159.pdf>>. ISSN 1364-8535.

GILONY, Dror [et al]- Effects of Tracheostomy on well-being and body-image perceptions. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* [em linha]. Vol 133, nº 3 (September, 2005), p. 366-371. [Consult. 11 outubro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143183>>. ISSN 0194-5998.

GOMES, Thalita A.; RODRIGUES, Flávia Melo - Qualidade de vida do laringectomizado/ traqueostomizado. *Revista Brasileira de cirurgia cabeça e pescoço* [em linha]. Vol 39, nº 3 (julho/ agosto/ setembro, 2010), p. 199-205. [Consult. 6 março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/474/386>>. ISSN 0100-2171.

GONÇALVES, Glória; GUTERRES, João; NOVAIS, Sónia - A vivência da Transição numa pessoa laringectomizada. *Onconews*. ISSN 1646-7868. Vol 4, nº 14 (julho/ setembro, 2010), p.7-17.

GRATIX, AL; GRAVES, EL; MURPHY, PG - Complications associated with the use of temporary tracheostomies: an ill-defined problem? *Journal of Intensive Care Society* [em linha]. Vol 9, nº 2 (Jully, 2008), p. 141-144. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://journal.ics.ac.uk/pdf/0902141.pdf>>. ISSN 1751-1437.

GUL, Nur Dilek; KARADAG, Ayise - An evaluation of the Quality of life in patients with tracheostomy. *Pakistan Journal of Medical Scienses* [em linha]. Vol 26, nº 2 (April/June 2010), p. 444-449. [Consult. 7 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.pjms.com.pk/>>. ISSN 1682-024X.

HAKEEN, Arsheed Hussain; HAKEEN, Imtiyaz Hussain; GARG, Anubha - Rehabilitation after total laryngectomy. *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal* [em linha]. Vol 2, nº 3 (September/ December, 2010), p. 223-229. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=792&Type=FREE&TYP=TOP&IN=-/eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=72&isPDF=YES>>. ISSN 0975-444X.

HASHMI, Nazish K. [et al] - Quality of life and self-image in patients undergoing tracheostomy. *Laryngoscope* [em linha]. Vol 120, Supl. 4 (December, 2010), p.196. [Consult. 20 dezembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lary.21663/pdf>>. ISSN 1531-4995.

HESS, Dean R. - Facilitating Speech in the Patient With a Tracheostomy. *Respiratory Care* [em linha]. Vol. 50, nº 4 (April, 2005), p. 519-525. [Consult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rcjournal.com/contents/04.05/04.05.0519.pdf>>. ISSN 0020-1324.

HIGGINS, Dan - Basic principles of caring for patients with tracheostomy. *Nursing Times* [em linha]. Vol 105, nº 3 (January, 2009), p. 14-15. [Consult. 20 dezembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.nursingtimes.net/Binaries/0-4-1/4-1973842.pdf>>. ISSN 0954-7762.

INVITATIONAL ROUND TABLE “EVIDENCE-BASED AND SPEECH REHABILITATION IN HEAD AND NECK CANCER”, 15-16, Amsterdam, 2008 - Eadie, Tanya L. - *Quality of life after total laryngectomy*, 2008 [em linha]. [Consult. 6 março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://dare.uva.nl/document/130984>>.

HULEY, S. B. [et al.] - *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica*. 3ª edição. Porto Alegre: Artemed, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Classificação portuguesa das profissões, 2010*. Edição 2011 [em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011. [Consult. 9 novembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ine.pt>>. ISBN 1647-1695.

IRISH, Jonathan [et al.] - Câncer de Cabeça e Pescoço. In POLLOCK, R. [et al.] - *Manual de Oncologia da UICC*. 8ª edição. São Paulo : Wiley Publishers, 2006. Cap. 15.

ISMAEL, Gustavo [et al.] - Tumores da Laringe. In GUIMARÃES, José e ROSA., Daniela - *Rotinas em Oncologia*. Porto Alegre : Artmed, 2008. Cap. 20.

JAYASURIYA C. [et al.] - The Quality of Life of Laryngectomised patients. *Australian Medical Journal* [em linha]. Vol 3, nº 6 (2010), p. 353-357. [Consult. 8 setembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.amj.net.au/index.php?journal=AMJ&page=article&top=viewFile&path\[\]=318&path\[\]=601](http://www.amj.net.au/index.php?journal=AMJ&page=article&top=viewFile&path[]=318&path[]=601)>. ISSN 1836-1935.

JENNINGS, L.; HARRIS, L. - Cânceres de Cabeça e Pescoço. In FINK, Rose e GATES, Regina - *Segredos em Enfermagem Oncológica*. 3ª edição. Porto Alegre: Artemed, 2009. Cap. 27.

KARNELL, L. [et al.] - Influence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. *Head & Neck* [em linha]. Vol 29, nº 2 (February, 2007), p. 143-146. [Consult. 8 abril 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20501/pdf>>. ISSN 1043-3074.

KAZY, R. [et al.] - Quality of Life following total laryngectomy: assessment using the UW-QOL scale. *ORL Journal for oto-rhino-laryngology - head and neck surgery* [em linha]. Vol 69, nº 2 (February, 2007), p. 100-106. [Consult 7 outubro 2010]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.bioline.org.br/pdf?cr08035>>. ISSN 0301-1569.

KAZY, R. [et al.] - Voice-related quality of life in laryngectomees: assessment using VHI and V-RQOL symptom scales. *Journal of voice* [em linha]. Vol 21, nº6(November, 2007), p.728-734. [Consult. 16 maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.jvoice.org/article/S0892-1997\(06\)00077-4/pdf](http://www.jvoice.org/article/S0892-1997(06)00077-4/pdf)>. ISSN 0892-1997.

KAZY, R. [et al.] - Quality of Life outcome measures following partial glossectomy: assessment using the UW-QOL Scale. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* [em linha]. Vol 4, nº 3 (July/ September, 2008), p. 116-120. [Consult. 16 março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2008;volume=4;issue=3;spage=116;epage=120;aulast=Kazi>>. ISSN 0974-1127.

KOBAYASHI, Mika [et al.] - Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. *Head & Neck* [em linha]. Vol 30, nº 10 (October, 2008), p. 1303-1309. [Consult. 15 janeiro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.sbccp.org.br/arquivos/HN\\_10-2008\\_association\\_between\\_self\\_esteem.pdf](http://www.sbccp.org.br/arquivos/HN_10-2008_association_between_self_esteem.pdf)>. ISSN 1043-3074.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. - Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* [em linha]. Vol 55, nº 3 (2006), p. 320-329. [Consult. 25 Janeiro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.transitiesinzorg.nl/files/kralik-et-al-transition-a-literature-review.pdf>>. ISSN 0309-2402.

KRAMP, Burkhard; DOMMERICH, Steffen - Tracheostomy cannulas and voice prosthesis. *Current topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery* [em linha]. Vol 8, nº 1 (2009), p. 1-26. [Consult. 7 fevereiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199818/pdf/CTO-08-05.pdf>>. ISSN 1865-1011.

LARSEN, Pamela D. - Impact of the disease: chronicity In LUBKIN, Ilene Morof e LARSEN, Pamela D. (editors) - *Chronic Illness: Impact and interventions*. Sixth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. Cap. 1.

LARSEN, Pamela D.; LEWIS, Patricia Ryan; LUBKIN, Ilene Morof - Impact of the disease: illness behavior and roles In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamela D. (editors) - *Chronic illness: impact and interventions*. Sixth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. Cap.2.

LAUREANO, Raul M. S.; BOTELHO, Maria do Carmo - *SPSS - O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo, 2010.

LEE, Mary T.; GIBSON, Sam; HILARY, Katerina - Gender differences in health-related quality of life following total laryngectomy. *International Journal of Language and Communication Disorders* [em linha]. Vol 45, nº 3 (May-June, 2010), p. 287-294. [Consult. 12 agosto 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/13682820902994218/pdf>>. ISSN 1368-2822.

LEEUW, Irma M. [et al.] - Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral Oncology* [em linha]. Vol 46, nº 1 (January, 2010), p. 56-60. [Consult. 10 fevereiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/34585/1/257734.pdf>>. ISSN 1368-8375.

LEWARSKY, Joseph S. - Long-Term Care or the Patient with a Tracheostomy. *Respiratory Care* [em linha]. Vol 50, nº 1 (April, 2005), p. 534-537. [Consult. 10 dezembro 2009]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rcjournal.com/contents/04.05/04.05.0534.pdf>>. ISSN 0020-1324.

LEYN, Paul [et al] - Tracheotomy: Clinical review and guidelines. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* [em linha]. Vol 32, nº 3 (September, 2007), p. 412-421. [Consult. 6 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.webweaver.be/PNEUMO/upload/Guidelinestracheotomy.pdf>>. ISSN 1010-7940.

LIMA, Mariana A. G.; BARBOSA, Leopoldo N. F.; SOUGEY, Everton B. -. *Revista da Sociedade Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe Brasileira de Psicologia Hospitalar* [em linha]. Vol 14, nº 1 (janeiro/ junho, 2011), p. 18-40. [Consult. 20 janeiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a03.pdf>>. ISSN 1516-0858.

LIU, Hsueh-Erh - Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumour patients. *Journal of Clinical Nursing* [em linha]. Vol 17, nº 14 (July, 2008), p. 1930-1938. [Consult. 15 janeiro 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02291.x/pdf>>. ISSN 0962-1067.

LOGEMANN, Jeri A. - Special Considerations for the Patient With a Laryngectomy In MORRIS, Linda; AFIFI, Sherif (editors) - *Tracheostomies: The Complete Guide*. New York: Springer Publishing Company, 2010. Cap. 9.

MAAGH, Samanta Bastos [et al.] - Pesquisa em Enfermagem: construindo caminhos para assistir. *Revista de enfermagem UFPE On Line* [em linha]. Vol 3, nº 3 (julho/setembro, 2009), p. 325-329. [Consult. 20 janeiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/>>. ISSN 1981-8963.

MACLEAN, Julia; COTTON, Susan; PERRY, Alison - Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being. *Dysphagia* [em linha]. Vol 24, nº3 (September, 2009), p. 314-321. [Consult. 8 setembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <https://springerlink3.metapress.com/content/92577214x505100g/resource-secured/?target=fulltext.pdf&sid=qw5yq5slitvgluqtt3omu2h1&sh=www.springerlink.com>>. ISSN 0179-051X.

MALLIS, A. [et al.] -Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* [em linha]. Vol 15, nº 8 (2011), p. 937-942. [Consult. 7 fevereiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=b2ecd2b4-de86-42b2-936b-2bff09fba04b%40sessionmgr12>>. ISSN 1128-3602.

MALUF, Fernando C. - Tumores da Cavidade Oral. In GUIMARÃES , José e ROSA. Daniela - *Rotinas em Oncologia*. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 18.

MARTINS, José Carlos - Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar enfermagem* [em linha]. Vol 12, nº 2 (2º semestre, 2008), p.62-66. [Consult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)>. ISSN 0873-8904.

MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances Nursing Science* [em linha]. Vol 23, nº 1 (September, 2000), p. 12-28. [Consult. 9 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx)>. ISSN 0161-9268.

MELEIS, Afaf Ibrahim; TRANGENSTEIN, P. - Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook* [em linha]. Vol 42, nº 6 (November/ December, 1994), p.255-259. [Consult. 9 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0029655494900450>>. ISSN 0029-6554.

MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 4th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MINISTRY of HEALTH SINGAPORE - Nursing management of adult patients with tracheostomy. *Nursing Clinical Practice Guidelines* [em linha]. (July, 2010). [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Nurses/cpg\\_nursing/2010/adult%20patients%20with%20tracheostomy%20-%20card.pdf](http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Nurses/cpg_nursing/2010/adult%20patients%20with%20tracheostomy%20-%20card.pdf)>.

MOLEN, L. [et al.] - Pretreatment organ function in patients with advanced head and neck Cancer: Clinical outcome measures and patient's views. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* [em linha]. Vol 9, nº 10 (2010), p. 1-9. [Consult. 7 fevereiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6815-9-10.pdf>>. ISSN 1472-6875.

MORRIS, Linda L. - Special Considerations for the Tracheostomy Patient In MORRIS, Linda; AFIFI, Sherif (editors) - *Tracheostomies:The Complete Guide*. New York: Springer Publishing Company, 2010. Cap. 5.

MOSTERS-BENOIT, Mia; RAMMAGE, Linda - A study of the knowledge of health care providers regarding laryngectomy care. *Canadian Journal of Speech- language Pathology and Audiology* [em linha]. Vol 33, nº 4 (Winter, 2009), p. 166-173. [Consult. 9 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.caspa.ca/english/resources/database/files/2009\\_CJSLPA\\_Vol\\_33/No\\_04\\_161-216/Mosters-Benoit\\_Rammage\\_CJSLPA\\_2009.pdf](http://www.caspa.ca/english/resources/database/files/2009_CJSLPA_Vol_33/No_04_161-216/Mosters-Benoit_Rammage_CJSLPA_2009.pdf)>. ISSN 1913-200X.

MOUKARBEL, Roger V. [et al.] - Voice-related quality of life (V-RQOL) outcomes in laryngectomees. *Head & Neck* [em linha]. Vol 33, nº 1 (January, 2011), p. 31-36. [Consult. 20 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21409/pdf>>. ISSN 1043-3074.

MOWRY, Sarah E. [et al.] - Quality of Life outcomes in laryngeal and oropharyngeal cancer patients after chemoradiation. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* [em linha]. Vol. 15, nº 4 (October, 2006), p. 565-570. [Consult. 12 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://oto.sagepub.com/content/135/4/565.full.pdf+html>>. ISSN 0194-5998.

NOOMAN, Brendan J.; HEGARTY, Josephine - The impact of total laryngectomy: the patient's perspective. *Oncology Nursing Forum* [em linha]. Vol 37, nº 3 (May, 2010), p. 293-301. [Consult. 7 agosto 2011]. Disponível na Internet: <URL: <https://ons.metapress.com/content/a7423k44v2553353/resourcesecured/?target=fulltext.pdf>>. ISSN 0190-535X.

NORDGREN, Mats [et al.] - Health-Related Quality of life in patients with pharyngeal carcinoma: a five-year follow-up. *Head and Neck* [em linha]. Vol 28, nº 4 (April, 2006), p. 339-349. [Consult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20334/pdf>>. ISSN 1043-3073.

NORDGREN, Mats [et al.] - Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. *Head and Neck* [em linha]. Vol 30, nº 4 (April, 2008), p. 461-470. [Consult. 12 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.acfw.com.br/crio1/head\\_neck1/2008/Abril/6.pdf](http://www.acfw.com.br/crio1/head_neck1/2008/Abril/6.pdf)>. ISSN 1043-3073.

ODGEN, Jane - *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

OLIVEIRA, A. Gouveia - *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: Lidel, 2009.

PARSON, John; MORRIS, Linda L. - Rehabilitation and Recovery In MORRIS, Linda; AFIFI, Sherif (editors) - *Tracheostomies: The Complete Guide*. New York: Springer Publishing Company, 2010. Cap. 12.

PATRICK, D. L. - A qualidade de vida pode ser medida? Como? In FLECK, M.P.A. e colaboradores - *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

PAUL, Fiona - Tracheostomy care and management in general wards and community settings: literature review. *Nursing in critical care* [em linha]. Vol 15, nº 2 (March/ April, 2010), p. 76-85. [Consult. 20 janeiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00386.x/pdf>>. ISSN 1478-5133.

PAULA, Flávia Chaud; GAMA, Ricardo Ribeiro - Avaliação da Qualidade de Vida em Laringectomizados totais. *Revista Brasileira de Cirurgia Cabeça e Pescoço* [em linha]. Vol. 38, nº 3 (julho/ agosto, 2009), p. 177-182. [Consult. 9 julho 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/343/307>>. ISSN 0100-2171.

PHILLIPS, D. - *Quality of life: concept, policy and practice*. New York: Routledge, 2006.

PIMENTEL, Francisco Luís - *Qualidade de Vida em Oncologia*. Coimbra: Almedina, 2006.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. São Paulo: Artmed, 2004.

PRICE, Tim - What is a Tracheostomy? In RUSSEL, C.; MATTA, B. - *Tracheostomy A multiprofessional Handbook*. London: Cambridge University Press, 2004. Cap. 2.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues - Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação, pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In - CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz (coord.) - *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. Cap. 3.

QUEIJA, Débora [et al.] - Deglutição e qualidade de vida após laringectomia e faringolaringectomia total. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [em linha]. Vol 75, nº 4 (julho/agosto, 2009), p. 556-564. [Consult. 9 setembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v75n4/pt\\_v75n4a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v75n4/pt_v75n4a15.pdf)>. ISSN 1808-8694.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª edição. Lisboa: Gradiva, 2008.

REGAN, Elizabeth Neville; DALLACHIESA, Lisa - How to care for a patient with a tracheostomy. *Nursing2009* [em linha]. Vol 39, nº 8 (August, 2009), p. 34-39. [Consult. 23 setembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=926437>>. ISSN 0360-4039.

REGAN, Kate; HUNT, Katherine - Tracheostomy management. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* [em linha]. Vol 8, nº 1 (February, 2008), p. 31-35. [Consult. 15 janeiro 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/8/1/31.full.pdf+html>>. ISSN 1743-1816.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, 2005.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. 3ª edição. Porto: Legis editora, 2010.

RISBERG-BERLIN, Birgit [et al.] - Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication: a 3-year follow-up study. *BMC Ear, Nose and Throat disorders* [em linha]. Vol. 9, nº 8 (July, 2009), p. 1-9. [Consult. 10 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6815-9-8.pdf>>. ISSN 1472-6815.

ROBERTSON, Stuart M. [et al.] - Voice, swallowing and quality of life after total laryngectomy - results of the west of Scotland laryngectomy audit. *Head and Neck* [em linha]. Vol 34, nº 1 (January, 2012), p. 59-65. [Consult. 7 Março 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21692/pdf>>. ISSN 1097-0347.

RUSSEL, Claudia - Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management. *British Journal of Nursing* [em linha]. Vol 14, nº 14 (July, 2005), p. 428-433. [Consult. 6 fevereiro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/respiratory/basic-nursing-principles-of-caring-for-patients-with-a-tracheostomy/1973985.article>>. ISSN 0966-0461.

SANTANA, Jeanny J.; ZANIN, Carla R.; MANIGLIA, José V. - Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paideia* [em linha]. Vol 18, nº 40 (2008), p. 371-384. [Consult. 5 setembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>>. ISSN 0103-863X.

SANTOS, Célia - *Doença oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau, 2006.

SANTOS, Célia; MARTINS, Teresa; FERREIRA, Teresa Rodrigues - Saúde e Qualidade de Vida: Contributos Teóricos. In ESEP - NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA - *Saúde e Qualidade de Vida: o estado da arte*. Porto: ESEP, 2009. p. 15-24.

SANTOS, Juliana - *Otimização das ostomias de ventilação: um guia para os profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia*. Porto: edições Fernando Pessoa, 2011.

SAYED, S.J. [et al] - Perspectives on quality of life following total laryngectomy. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* [em linha]. Vol 31, nº 3, Supl B Psicologia (Luglio/Settembre, 2009), p. 21-24- [Consult. 14 janeiro 2011] Disponível na Internet: <URL: [http://gimle.fsm.it/31/3s\\_psi/04.pdf](http://gimle.fsm.it/31/3s_psi/04.pdf)>. ISSN 1592-7830.

SCASE, Claire - Discharging a Patient Home with a Tracheostomy. *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation* [em linha]. Vol 7, nº1 (March/April, 2007), p. 24-25. [Consult. 8 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.acnr.co.uk/mar\\_apr/ACNR\\_MA07\\_rehab.pdf](http://www.acnr.co.uk/mar_apr/ACNR_MA07_rehab.pdf)>. ISSN 1473-9348.

SCASE, Claire - Long-term tracheostomy and continuing care. In RUSSEL, C. e MATTA, B. - *Tracheostomy A multiprofessional Handbook*. London: Cambridge University Press, 2004. Cap 16.

SCHRIM, Victoria - Impact on the client and family: Quality of life In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. (editors) - *Chronic illness: Impact and interventions*. Sixth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. Cap. 9.

SCHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf Ibrahim - Transition: a central concept in nursing. *Image journal of nursing scholarship*. [em linha]. Vol 26, nº 2 (summer, 1994), p. 119-127. [Consult. 15 outubro 2009]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>>. ISSN 1547-5069.

SEMPLE, Cherith J. [et al.] - Changes and challenges to patient's lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *Journal of Advanced Nursing*. [em linha]. Vol 63, nº 1 (July, 2008), p. 85-93. [Consult. 15 janeiro 2010]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=cee0820b-fb3f-481c-b018-6748dcd7babd%40sessionmgr10>>. ISSN 0309-2402.

SERRA, Adriano Vaz - Qualidade de vida e saúde. In CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz (coord.) - *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, Cap. 2.

SHERLOCK, ZÖE V.; WILSON, Janet A.; EXLEY, Catherine - Tracheostomy in the acute setting: Patient experience and information needs. *Journal of Critical Care* [em linha]. Vol 24, nº 4 (December, 2009), p. 501-507. [Consult. 7 janeiro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(08\)00206-2/pdf](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(08)00206-2/pdf)>. ISSN 0883-9441.

SILVA, Armanda Cruz; ABRAHÃO, Viviam; RUDNICKI, Tânia - A inter-relação entre Qualidade de Vida e adequação social em laringectomizados. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* [em linha]. Vol 11, nº 2 (janeiro/ junho, 2009), p. 17-30. [Consult. 5 Agosto 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a03.pdf>>. ISSN 1516-0858.

SILVEIRA, Augusta [et al.] - Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [em linha]. Volume Temático nº 8 (2008), p. 59-66. [Consult. 12 julho 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-2009/pdfs/E-05-2009.pdf>>. ISSN 0870-9025.

SINGER, Susanne [et al.] - Sexual problems after total or partial laryngectomy. *The Laryngoscope* [em linha]. Vol 118, nº 12 (December, 2008), p. 2218-2224. [Consult. 6 Agosto 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MLG.0b013e318182cdc6/pdf>>. ISSN 1531-4995.

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel A. C. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [em linha]. Vol 15, nº 3 (Maio-Junho, 2007), p. 1-6. [Consult. 8 setembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf)>. ISSN 0104-1169.

SUDDERTH, Gail M. - Multidisciplinary team management of the patient with tracheostomy. *RTMagazine* [em linha]. (November, 2011), p. 20-23. [Consult. 20 outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.rtmagazine.com/issues/articles/2011-11\\_03.asp](http://www.rtmagazine.com/issues/articles/2011-11_03.asp)>. ISSN 1040-6050.

TERWEE, Caroline B. [et al.] - Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* [em linha]. Vol 60, nº 1 (January, 2007), p. 34-42. [Consult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.spoergeskemaer.dk/sites/default/files/files/articles/Terwee\\_quality\\_criteria.pdf](http://www.spoergeskemaer.dk/sites/default/files/files/articles/Terwee_quality_criteria.pdf)>. ISSN 0895-4356.

THE WHOQOL Group - The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* [em linha]. Vol 41, nº 10 (November, 1995), p. 1403-1409. [Consult. 10 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>>. ISSN 0277-9536.

TRZCIENIECKA-GREEN, A.; BARGIEL-MATUSIEWICZ, K.; BORCZYK, J. - Quality of Life of patients after laryngectomy. *Journal of Physiology and Pharmacology* [em linha]. Vol 58, nº 5 (November, 2007), p. 699-704. [Consult. 15 janeiro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.jpp.krakow.pl/journal/archive/11\\_07\\_s5/pdf/699\\_11\\_07\\_s5\\_article.pdf](http://www.jpp.krakow.pl/journal/archive/11_07_s5/pdf/699_11_07_s5_article.pdf)>. ISSN 0867-5910.

VAKHARIA, Kalpesh; ALI, Jafer; WANG, Steven J. - Quality of life impact in a head and neck cancer support group. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* [em linha]. Vol 136, nº 3 (March, 2007), p. 405-410. [Consult. 10 dezembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://oto.sagepub.com/content/136/3/405.full.pdf+html>>. ISSN 00194-5998.

VALLAMKANDU, Vamsidhar; VISVANATHAN, Vikranth - Clinical review of adult tracheostomy. *Journal of perioperative practice* [em linha]. Vol 21, nº 5 (May, 2011), p. 172-176. [Consult. 12 novembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834288>>. ISSN 1467-1026.

VARTANIAN, José Guilherme - Socioeconomic Effects of and Risk Factors for Disability in Long-term Survivors of Head and Neck Cancer. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* [em linha]. Vol 132, nº 1 (January, 2006), p. 32-35. [Consult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=484062>>. ISSN 0886-4470.

VAZA, Aldina C. F. Rocha; COLAÇO, António Maduro - *Dicionário Verbo da Língua Portuguesa*, 2ª edição. Lisboa: Editorial Verbo, 2008.

VIDAURRETA, E. Zubiri; RUFO, M. Pollán - Laringectomizados y sistemas de adaptación posquirúrgica. *Revista de logopedia, foniartria y audiolgia* [em linha]. Vol 28, nº 3 (2008), p. 178-186. [Consult. 8 Agosto 2011]. Disponível na Internet:

<URL:[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13153333&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=309&ty=13&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=309v28n03a13153333pf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13153333&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=309&ty=13&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=309v28n03a13153333pf001.pdf)>. ISSN 0214-4603.

VIANELLO, Andrea [et al.] - Survival and quality of life after tracheostomy for acute respiratory failure in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Critical Care* [em linha]. Vol 26, nº 3 (June, 2011), p. 329.e7-329.e14. [Consult. 7 outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(10\)00166-8/pdf](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(10)00166-8/pdf)>. ISSN 0883-9441.

VILASECA, Isabel; CHEN, Amy Y.; BACKSCHEIDER, Andrea G. - Long- Term quality of life after total laryngectomy. *Head and Neck* [em linha]. Vol 28, nº 3 (April, 2006), p.312-320. [Consult. 3 novembro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20268/pdf>>. ISSN 1097-0347.

VILELAS, José - *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

WHITE, Alexander C., KHER, Sucharita; O'CONNOR, Heid H. - When to Change a Tracheostomy tube. *Respiratory Care* [em linha]. Vol 55, nº 8 (August, 2010), p. 1069-1075. [Consult. 6 julho 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rcjournal.com/contents/08.10/08.10.1069.pdf>>. ISSN 0010-1324.

WOODORD, Troy D.; OPLATEK, Agnes; PETRUZZELLI, Guy J. - Life after total laryngectomy: A measure of long-term survival, function and quality of life. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* [em linha]. Vol 133, nº 6 (June, 2007), p. 526-532. [Consult. 9 março 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://archotol.jamanetwork.com/issue.aspx?journalid=74&issueID=11929&direction=P>>. ISSN 0886-4470.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [em linha]. Vol 7, nº 3 (julho, 1999), p. 25-32. [Consult. 15 janeiro 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>>. ISSN 0104-1169.

## **ANEXOS**



**ANEXO I - Operacionalização das variáveis de controlo**



### Operacionalização das variáveis de controlo

*Idade* - Variável escalar/contínua (nº de anos)

*Sexo* - Variável nominal/ dicotómica (sim/ não)

*Habilitações literárias* - Variável escalar/ contínua (anos de escolaridade).

*Coabitação* - Variável nominal (cônjuge/companheiro, família restrita, família alargada, sozinho).

*Situação laboral* - Variável nominal (tempo integral, tempo parcial, desempregado, reformado, estudante).

*Incapacidade para o trabalho* - Variável nominal/dicotómica (sim/ não).

*Tipo de traqueostomia* - Variável nominal/ dicotómica (temporária/ definitiva).

*Tempo decorrido da traqueostomia* - Variável escalar/contínua (meses).

*Admissão para a cirurgia* - Variável nominal/ dicotómica (urgente/ programada).

*Doenças Pré-existentes que levaram à cirurgia* - Variável nominal (carcinoma, DPCO, outra)

*Tipo de tratamento* - Variável nominal (nenhum, quimioterapia, radioterapia, outros).

*Doenças associadas* - Variável nominal (respiratórias, cardiovasculares, neurológicas, reumáticas, dermatológicas, metabólicas, outras, nenhuma).

*Complicações* - Variável nominal/ dicotómica (sim/não).

*Tipo de comunicação* - Variável nominal (escrita, gestual, esofágica, prótese traqueo-esofágica, laringe eletrónica, oclusão do orifício da traqueotomia).

*Recurso à terapia da fala* - Variável nominal/dicotómica (sim/ não).

*Conhecimento da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz* - Variável nominal/ dicotómica (sim/ não).

*Recurso aos serviços da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz* - Variável nominal/dicotómica (sim/ não).



**ANEXO II - Instrumento de colheita de dados**



## **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DO PORTO  
(UNIESEP)

**QUESTIONÁRIO SOBRE**

**QUALIDADE DE VIDA**

**DA PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOTOMIA**

Dezembro, 2010

## **QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOTOMIA**

---

Este questionário constitui o instrumento de colheita de dados de um trabalho de investigação integrado no 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, cujo tema é: **Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.**

Este trabalho tem como objetivos:

- Descrever a perceção da qualidade de vida e saúde da pessoa com traqueostomia;
- Conhecer a perceção sobre a autoeficácia da pessoa com traqueostomia;
- Conhecer a satisfação da pessoa com traqueostomia com os cuidados de saúde;
- Descrever os fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Para a realização deste trabalho é imprescindível a sua colaboração. Assim, solicitamos o seu preenchimento, garantindo-lhe que todas as informações são absolutamente confidenciais. Solicitamos-lhe que responda de acordo com a sua opinião/situação concreta, pois só assim poderemos conhecer a sua realidade.

Este questionário é constituído por duas partes: a primeira pretende recolher informações gerais sobre a sua situação social e de saúde; a segunda pretende obter conhecimento sobre a sua saúde em geral.

Muito grata pela sua colaboração.

N.B.- Se desejar obter informações acerca dos resultados obtidos, pode solicitá-lo a partir de novembro de 2011 para:

E mail: [gcag@sapo.pt](mailto:gcag@sapo.pt)

Tlm:969685913

## QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM TRAQUEOTOMIA

- Nesta primeira parte do questionário deverá colocar uma cruz  no local que lhe pareça mais próximo da sua situação, escrevendo apenas quando lhe é pedido sobre a forma de **“especificar”** na linha que o segue. Se tiver dificuldades nesse preenchimento, deve solicitar informações e ajuda ao Enfermeiro que lhe entregou o questionário.

### I Parte – Dados Sociais e de Saúde

Data de avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nº Ordem \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_anos

Sexo:  Masculino

Feminino

Habilitações literárias (anos de escolaridade): \_\_\_\_\_

Com quem vive:

- Com o cônjuge / companheiro
- Com família restrita (marido / esposa e filhos)
- Com família alargada (filhos, pais, sogros, etc.)
- Sozinho

Localidade de residência: Concelho (especificar ): \_\_\_\_\_

Distrito (especificar ): \_\_\_\_\_

Situação laboral:

- Tempo integral
- Tempo parcial
- Desempregado
- Reformado
- Estudante

Profissão (atual/anterior) Especificar: \_\_\_\_\_

A doença incapacitou-o para o trabalho que realizava anteriormente?

- Não
- Sim Se sim, especificar porquê \_\_\_\_\_

Tipo de traqueotomia:

- Temporária
- Definitiva

**Tempo de cirurgia** (que levou à realização da traqueotomia) Especificar data ( mês e ano): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Tipo de admissão para a cirurgia:**

- Urgência (em 24 horas)  
 Programada (com marcação prévia)

**Doenças pré - existentes que levaram à cirurgia:**

- Carcinoma  
 Doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO)  
 Outra

Especificar qual \_\_\_\_\_

**Encontra-se a realizar algum tratamento?**

- Nenhum  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
 Outro/s

**Doenças associadas:**

- Respiratórias  
 Cardiovasculares  
 Neurológicas  
 Reumáticas  
 Dermatológicas  
 Metabólicas  
 Outra/s  
 Nenhuma

**Complicações da traqueotomia:**

- Não  
 Sim

Se sim, especificar \_\_\_\_\_

**Que tipo de comunicação utiliza?**

- Escrita  
 Gestual  
 Fala esofágica  
 Oclusão do orifício da traqueotomia  
 Prótese traqueo-esofágica  
 Laringe eletrónica

**Já recorreu à terapia da fala?**

- Não  
 Sim

Se sim, indicar a instituição \_\_\_\_\_

**Já conhece a Associação de Limitados de Voz?**

- Não  
 Sim

**Já recorreu aos seus serviços?**

- Não  
 Sim

## II Parte – Qualidade de Vida

- Nesta segunda parte do questionário, surgir-lhe-ão questões relacionadas com a **qualidade de vida em geral; auto – eficácia; satisfação com os cuidados de saúde e questões gerais de adaptação** em 4 secções. Após leitura da questão que lhe é colocada deve apenas colocar um círculo em volta do número que melhor representa a sua resposta a cada pergunta. Os pontos 0 e 5 correspondem a respostas extremas e opostas, cabendo-lhe a si a seleção do valor mais adequado à sua situação / opinião. Por exemplo:

Como é o seu estado atual de saúde?

Muitíssimo mau    

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

    Ótimo

- Não existem respostas certas ou erradas, pois o importante é que nos dê a conhecer a sua opinião. Responda com sinceridade.
- Pedimos-lhe que responda a todas as questões, pelo que, no final do preenchimento, deve verificar se respondeu a todas elas.

### SECÇÃO 1: QUALIDADE DE VIDA

**1. Sente-se com forças?**

De modo nenhum    

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

    Muitíssimas

**2. O tempo que dorme é suficiente para as suas necessidades?**

De modo nenhum suficiente    

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

    Completamente suficiente

**3. Preocupa-se com a sua aparência física?**

Nunca    

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

    Sempre

**4. Preocupa-se que a sua condição física venha a piorar?**

Nunca    

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

    Sempre

**5. Tem medo de não poder respirar?**

Nunca    

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

    Sempre

**6. Sente-se embaraçado por ter muitas secreções?**

Nunca    

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

    Sempre

**7. Está preocupado com a sua traqueotomia?**

De modo nenhum    

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

    Muitíssimo

**8. A sua atividade sexual é suficiente para as suas necessidades?**

De modo nenhum suficiente 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente suficiente

**9. Cansa-se com facilidade?**

De modo nenhum 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muíffissimo

**10. Como é o seu estado atual de saúde?**

Muíffissimo mau 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Ótimo

**11. É fácil adaptar-se à sua traqueotomia?**

Nada fácil 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Extremamente fácil

**12. Tem passatempos, distrações ou atividades sociais?**

Nenhuns 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitos

**13. Sente prazer em comer?**

Nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muíffissimo

**14. Sente que o seu peso atual é um problema?**

De modo nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muíffissimo

**15. De que forma o preocupa o facto de não poder falar?**

Absolutamente nada 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muíffissimo

**16. Quando comunica com os outros, eles entendem-no?**

Nunca 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**17. De que forma se sente satisfeito com o tipo de comunicação que utiliza?**

Absolutamente nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muíffissimo

**18. Come o suficiente para satisfazer as suas necessidades?**

De modo nenhum suficiente 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente suficiente

**19. Na última semana teve problemas com a mastigação da comida (por ex. dor, dificuldade em abrir ou fechar a boca, problemas com os dentes ou dentadura)?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**20. Na última semana teve problemas em engolir alimentos moles e/ou sólidos?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**21. Na última semana teve problemas em engolir líquidos?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**22. Na última semana teve problemas em saborear a comida (por ex. perda de sabor, e/ou perda de apetite devido ao pouco sabor)?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**23. Sente-se satisfeito com a capacidade de comunicar com outras pessoas?**

Absolutamente nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo

**24. Sente-se satisfeito com o volume da sua voz?**

Absolutamente nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo

**25. Sente-se satisfeito com a clareza da sua voz?**

Absolutamente nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo

**26. Sente-se satisfeito com a capacidade de comunicar ao telefone?**

Absolutamente nada 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo

**27. Na última semana teve dor, ardência, e/ou desconforto na boca, maxilar ou garganta?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**28. Na última semana teve dor nos ombros ou pescoço?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**29. Consegue desempenhar as suas tarefas habituais (ex. trabalho em casa, no emprego)?**

De modo nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente

**30. Sente-se útil?**

De modo nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo útil

**31. Sente-se feliz?**

De modo nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo

**32. Está satisfeito com a sua vida?**

De modo nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimo

**33. Sente dores?**

Nenhumas 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muiííssimas

**34. Com que frequência sente dores?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**35. Na última semana, com que frequência tomou medicamentos para as dores?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**36. Como é a sua qualidade de vida?**

Muitíssimo má 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Ótima

**37. O contacto que tem com amigos e familiares é suficiente para as suas necessidades?**

De modo nenhum suficiente 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo suficiente

**38. Sente-se rejeitado pelos seus familiares e amigos mais próximos?**

De modo nenhum 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente

**39. Considera que a sua doença tem constituído um problema para a sua família?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**40. Considera que esta doença constituiu uma sobrecarga económica para si e para a sua família?**

Nunca 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Sempre

**41. Custa-lhe olhar para a sua traqueotomia?**

Absolutamente nada 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo

**42. Pensa que tem uma vida normal, apesar da sua traqueotomia?**

De modo nenhum 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente

## SECÇÃO 2: AUTO - EFICÁCIA

Até que ponto se sente confiante em:

**43. Limpar a sua traqueotomia.**

Nada confiante 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo confiante

**44. Mudar a cânula.**

Nada confiante 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo confiante

**45. Limpar adequadamente a cânula.**

Nada confiante 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo confiante

**46. Preparar a cânula (por ex. colocar fita de nastro, lubrificar, etc.).**

Nada confiante 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo confiante

**47. Pedir conselhos ou assistência quando necessário (por ex. aos enfermeiros, médico, terapeuta ou membro da associação).**

Nada confiante 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muitíssimo confiante

## SECÇÃO 3: SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE

**48. Globalmente, estou muito satisfeito com os cuidados de saúde que recebo.**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**49. Os enfermeiros que me tratam, interessam-se verdadeiramente por mim como pessoa.**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**50. Estou satisfeito com a informação que me foi dada sobre a minha doença.**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**51. Estou satisfeito com a informação que me foi dada sobre as implicações da traqueotomia (por ex. alterações na respiração, na comunicação, na alimentação, etc.)**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**52. Estou satisfeito com a preparação realizada pelos enfermeiros sobre a forma de lidar com a traqueotomia (p. ex. mudança da cânula, comunicar, alimentar-se, etc.).**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**53. Estou satisfeito com o apoio que me foi dado para manter a comunicação com os outros, apesar da traqueotomia** (por ex. pelos enfermeiros, terapeuta da fala, membros da associação ou outros).

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

#### SECÇÃO 4: QUESTÕES GERAIS DE ADAPTAÇÃO

**54. Há ocasiões em que consigo esquecer totalmente a minha traqueotomia.**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**55. É impossível acostumar-me à traqueotomia.**

Completamente de acordo 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**56. Sou capaz de fazer tudo o que fazia antes de ter a traqueotomia.**

Completamente de acordo 

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**57. Às vezes a minha traqueotomia deixa-me abatido.**

Completamente de acordo 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**58. Sinto-me revoltado com a minha condição física.**

Completamente de acordo 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**59. Sinto-me frustrado por não poder comer o que gosto.**

Completamente de acordo 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Completamente em desacordo

**ANEXO III** - Autorização da UNIESEP para utilizar o instrumento de colheita de dados





**ESEP**  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Exma. Senhora  
Glória Cristina de Almeida Gonçalves  
Rua Luís Rodrigues Pimpão, n.º 122 – r/c Esq.  
Canelas  
4410-223 VILA NOVA DE GAIA

V/ Ref.º:

Data

N/ Ref.º:

11/FEV'11 9:57 86

**Assunto: PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE TRAQUEOSTOMIA**

Em resposta ao requerimento de V. Exa., cumpre-nos informar que a UNIESEP nada tem a opor à utilização da referida escala. No entanto, solicita-se o seguinte:

- Devem colocar à disposição da Prof. Teresa Rodrigues ([teresarodrigues@esenf.pt](mailto:teresarodrigues@esenf.pt)) as bases de dados obtidas com aplicação da Escala, tendo em vista o seu desenvolvimento futuro;
- Referenciar sempre quer os autores da Escala quer a Instituição (ESEP) de pertença dos mesmos.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente,



**Paulo José Parente Gonçalves**

/TT



**ANEXO IV** - Autorizações das quatro instituições de saúde para realizar o estudo  
de investigação





Exma. Sra. Enfermeira  
Glória Cristina Almeida Gonçalves  
Rua Luís Rodrigues Pimpão, n.º 122 – R/C Esq.º  
Canelas  
4410-223 Vila Nova de Gaia

<b>N/Ref.:</b>	<b>Data.</b>	<b>V/Ref.:</b>	<b>Data:</b>
134/2011	22-02-2011		30-12-2010

**Assunto:** Autorização para recolha de dados

Em resposta ao V/ pedido para recolha de dados através de aplicação de um questionário dirigido a pessoas com traqueostomia, na consulta externa de ORL do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, no âmbito de um estudo com o tema “Qualidade de Vida da Pessoa com Traqueostomia”, temos a informar que **está devidamente autorizado**, por despacho da Sra. Enfermeira Directora de 11-01-2011.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF. 134/2011

Sem outro assunto de momento,

Vila Nova de Gaia, 24 de Fevereiro de 2011

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt  
Tel. + 351 22 786 51 00  
Fax + 351 22 7830209  
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros  
Registo Comercial nº 508 142 156







**IPOPORTO**  
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO I.P.

**Escola Portuguesa de Oncologia do Porto**

Exma. Senhora  
**Glória Cristina de Almeida Gonçalves**  
Rua Luís Rodrigues Pimpão, 122 R/C Esq.  
Canelas  
4410-223 Vila Nova de Gaia

Porto, 2011/05/06

Assunto: **Projecto de Investigação**

De acordo com o solicitado e após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, informamos que se encontra devidamente autorizado a realização do estudo de investigação sobre "*Qualidade de Vida da Pessoa com Traqueostomia*", desde que sejam cumpridos os pressupostos requeridos pelo Director do Serviço de ORL, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos,

  
Enf.ª Fernanda Monteiro  
Enf.ª Chela  
N.º 144/72  
Prof. Doutor Rui Henrique  
Director da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

*R.P.O.P*  
*Ao Prof. Vítor Sousa para*  
*realizar o questionário.*

Prof. Dr. Rui Henrique  
Director da EPOP  
N.º Mec. 1285

*28/11/2011*  
*[Signature]*

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Prof. Dr. Mário Dinis Ribeiro  
Dig.<sup>mo</sup> Director do internato Médico  
*21/1/2011*

*Informaç. Tival.*  
*Autorizado, de acordo com*  
*as sugestões do fundo pelo*  
*Direc. de Saude de ORL.*

Porto, 24 de Janeiro de 2011

**Assunto:** Avaliação de projecto

Em resposta ao pedido efectuado pela candidata à Licenciatura em Enfermagem, Glória Cristina Almeida Gonçalves, informo o seguinte:

1. Este trabalho é uma temática recorrente entre profissionais de saúde.
2. O questionário proposto deriva dos questionários da EORTC e, pode ser realizado no âmbito do Serviço de ORL, desde que os questionários sejam aprovados pela Comissão de Ética.
3. Deve ser respeitada a logística do Serviço e a disponibilidade dos doentes.
4. Deve ser assegurado que a base de dados criada fique propriedade do IPO e, não possa ser aproveitada para outro qualquer fim.

Com os melhores cumprimentos  
Prof. Dr. Eurico Monteiro  
Director do serviço de ORL

*Informar a respeito dos conteúdos determinados pelo Director do Serviço de ORL.*  
*- Após os mesmos estarem cumpridos, em particular, a autorização da Comissão de Ética, poderá o estudo ter o seu início.*  
*- Informar o Sr. Prof. Director de Saúde.*

*[Signature]*  
*18/02/2011*



Ministério da Saúde



Hospital de S. João, E.P.E.

13 JUN 11 10561

Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup>  
Glória Cristina de Almeida Gonçalves  
Rua Luís Rodrigues Pimpão 122 R/C Esq.  
4410-223 Canelas V.N. Gaia

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data	N.º
ASSUNTO				

**Aprovação para a realização de Projecto de Investigação**

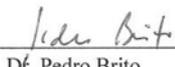
**Projecto de Investigação** – “Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia em quatro hospitais do Grande Porto”

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, como solicitado.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 13 de Junho de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

  
Df. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

H.S.J. - Mod. 1-D - 80 gr. Pré-Print COD. 831011



**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 07 JUN. 2011  
Pres. Doutor António Pereira

Director Clínico	Presidente do Conselho de Administração	Administrador Executivo	Administrador Executivo
Dra. Margarida Tavares	Enfermeira Dúrcis Fonseca	Dr. João Pereira	Dr. Luís G. Matos

18-5-2011  
6161204  
do CA - para  
fornecer de D.C.  
Hospital São João -  
Paulo Bettencourt  
Assente da Administração Clínica

Exma. Sra.  
Dra. Margarida Tavares  
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

**Assunto:** Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

**Projecto de Investigação** – “Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia em quatro hospitais do Grande Porto”

**Investigadora Principal:** Enf.ª Glória Cristina de Almeida Gonçalves

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 18 de Maio de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

## Parecer

**Título do Projecto:** Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia em quatro hospitais do grande Porto

**Nome do Investigador Principal:** Glória Cristina de Almeida Gonçalves

**Serviço onde decorrerá o Estudo:** Serviço de ORL – Consulta Externa

*Objectivo do Estudo:*

1. Descrever a percepção da qualidade de vida de pessoas com traqueostomia
2. Conhecer a percepção sobre a auto-eficácia da pessoa com traqueostomia
3. Conhecer a satisfação da pessoa com traqueostomia com os cuidados de saúde
4. Conhecer a percepção da pessoa sobre a adaptação à traqueostomia
5. Descrever os factores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia

*Concepção e Pertinência do estudo:*

Este projecto de investigação enquadra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e visa conhecimento sobre a qualidade de vida dos doentes traqueostomizados. Socorreu-se-á para o efeito de inquéritos, devidamente anonimizados e, para o efeito, obteve a anuência da Sr.ª Directora do Serviço de ORL.

*Benefício/risco:* Os benefícios e os riscos a correr são aceitáveis

*Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:* Está previsto disponibilizar por informação escrita aos doentes recrutáveis, para obtenção do respectivo consentimento.

*Confidencialidade dos dados:* Os dados colhidos serão inteiramente anonimizados.

*Elo de ligação:* Enf.ª Isabel Cristina F. P. Barnabé

*Indemnização por danos:* NA.

*Continuação do tratamento:* NA

*Propriedade dos dados:* Estão definidos critérios de publicação dos resultados, não tendo os mesmo sido disponibilizados à CES

*Curriculum do investigador:* O CV da investigadora adequa-se às características da investigação em apreço.

*Data previsível da conclusão do estudo:* 31 Agosto 2011.

*Conclusão:*

O projecto de investigação é eticamente aceitável, considerando os objectivos que lhe estão definidos, pelo que proponho à CES um parecer favorável à sua realização.

*Este parecer apenas é válido para a realização do estudo no Centro Hospitalar de S. João*

Porto e H.S. João, 2011-05-05

O Relator  
  
Prof. Doutor Filipe Almeida

## CES

### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

#### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Glória Cristina de Almeida Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 13 / Abril / 2011

*Glória Cristina de Almeida Gonçalves*

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <i>05 Maio / 2011</i>	<p>A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</p> <p><i>Feferneel</i> <i>2011.05.05</i></p> <p>Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética</p>

VI





Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Maria Pia

Largo Professor Abel Salazar  
4099 - 001 PORTO  
www.hgsa.pt

Para: ENF.ª GLÓRIA CRISTINA GONÇALVES      De: PEDRO ESTEVES  
R. Luís Rodrigues Pimpão, 122 r/c esq.      PRESIDENTE DO CONSELHO DE  
4410-223 Canelas VNG      ADMINISTRAÇÃO

Fax: \_\_\_\_\_ Data: 4 DE AGOSTO DE 2011

Tel.: \_\_\_\_\_ Págs.: \_\_\_\_\_

Ref.: **N/ REF.º 119/11(081-DEFI/069-CES)**      CC: \_\_\_\_\_

Urgente     Apreciar p.f.     Comentar p.f.     Responder p.f.     Fazer circular p.f.

**ASSUNTO:** Trabalho Académico de Mestrado - "Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia em quatro hospitais do grande Porto"

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, em 13 de Abril de 2011, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, na Consulta Externa de ORL, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Glória Cristina de Almeida Gonçalves.

Cumprimentos,

Pedro Esteves  
Presidente do Conselho de Administração

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.



FORMULÁRIO de registo institucional  
Estudos de Investigação

N.º Interno: 119/11(081-DEFI/069-CES)

Título: "Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia em quatro hospitais do grande Porto"

**SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)**

<input type="checkbox"/> Recepção no SEI <u>16/05/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>	<input type="checkbox"/> Recabido parecer do DEFI <u>20 JUN 2011</u> Ass. <u>P.S.L.</u>
<input type="checkbox"/> Enviado ao DEFI p/ parecer <u>17 MAIO 2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>	<input type="checkbox"/> Recabido parecer da CES <u>27/07/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> Enviado à CES p/ parecer <u>21 JUN, 2011</u> Ass. <u>P.S.L.</u>	<input type="checkbox"/> Recabido parecer da Direcção Clínica <u>02/08/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> Enviado à Direcção Clínica p/ parecer <u>01/08/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>	<input type="checkbox"/> Recabido no GIAD / / Ass. _____
<input type="checkbox"/> Enviado ao GIAD p/ gestão financeira / / Ass. _____	<input type="checkbox"/> Recebida autorização do CA <u>04 AGO 2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> Enviado ao CA p/ autorização <u>04/AGO 2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>	<input type="checkbox"/> Informado proponente da decisão <u>09/AGO 2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação / / Ass. _____	

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)**

<input type="checkbox"/> Recepção na CES <u>21/06/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>	<input type="checkbox"/> Recabido parecer da CEIC / / Ass. _____
Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável) / / Ass. _____	<input type="checkbox"/> Recabido parecer da CFT / / Ass. _____
<input type="checkbox"/> Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável) / / Ass. _____	<input type="checkbox"/> Reenviado ao SEI, p/ proceder <u>28/07/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>
Parecer da CES <input checked="" type="checkbox"/> Favorável <input type="checkbox"/> Sob condição <input type="checkbox"/> Desfavorável <u>27/07/2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>	Observações

**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA (CFT)**

<input type="checkbox"/> Recepção na CFT / / Ass. _____	<input type="checkbox"/> Reenviado à CES / / Ass. _____
Parecer da CFT <input type="checkbox"/> Favorável <input type="checkbox"/> Sob condição <input type="checkbox"/> Desfavorável / / Ass. _____	Observações

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)**

<input type="checkbox"/> Recepção no CA <u>04 AGO 2011</u>	<input type="checkbox"/> Reenviado ao SEI, p/ proceder <u>05/AGO 2011</u> Ass. <u>[Assinatura]</u>
Parecer do CA <input checked="" type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Não autorizado	Observações

 <p>centro hospitalar do Porto</p>	<p>FORMULÁRIO de registo institucional <b>Estudos de Investigação</b></p>
<p><b>DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Recebido no Secretariado do GCI 17 MAIO 2011 Ass. <u>[Signature]</u></p>	
<p><input type="checkbox"/> Reenviado ao SEI 21.06.2011 Ass. <u>[Signature]</u></p>	
<p><b>GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)</b></p>	
<p>Apreciação do GCI <input type="checkbox"/> Favorável <input type="checkbox"/> Sob condição <input type="checkbox"/> Desfavorável</p>	
<p>23 Maio 2011</p> <p>O GCI analisou o projecto tendo-lhe suscitado algumas dúvidas, pelo que solicitou alguns esclarecimentos, via e-mail. O GCI Gabinete fica a aguardar resposta para dar seguimento ao processo.</p> <p style="text-align: right;"><u>Ana Cristina Gueira</u></p> <p>O Gabinete Coordenador de Investigação recebeu o projecto face aos esclarecimentos recebidos e considera que foram esclarecidas as questões colocadas, dando a análise em condições e podendo seguir o projecto para a CCI. Ser enviado e-mail à investigação, para conhecimento.</p> <p style="text-align: right;">6/ Junho 2011 <u>Ana Cristina Gueira</u></p>	

centro hospitalar  
do Porto

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Maria Pia

Largo Professor Abel Salazar  
4099 - 001 PORTO  
www.hgsa.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 27/7/2011	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia em quatro hospitais do grande Porto"		Ref.º: 119/11(081-DEFI/069-CES)
Protocolo/Versão:		Investigador: Glória Cristina de Almeida Gonçalves Aluna Enfermagem Médico- Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de Trabalho Académico – Mestrado acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo  
Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Enf.ª Paula Duarte, Dr.ª Fernanda Manuela, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

*Rui Almeida*  
25/7/2011

**DR. RUI ALMEIDA**  
Adjunto do Director Clínico

Data 27/7/2011

A Presidente da CES

*Luisa Bernardo*  
Dr.ª Luisa Bernardo



## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Qualidade de Vida da Pessoa com Traqueostomia em Quatro Hospitais do Grande Porto

### **Presidente do Conselho de Administração do CHP**

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do CHP

Glória Cristina de Almeida Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal  Investigador Responsável  Aluno , vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

13/4/2011

Assinatura

Glória Gonçalves

### **Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP**

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

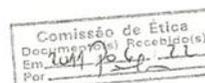
Glória Cristina de Almeida Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal  Investigador Responsável  Aluno , vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

13/4/2011

Assinatura

Glória Gonçalves



### **Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP**

Exmo(a). Senhor(a) Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Glória Cristina de Almeida Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal  Investigador Responsável  Aluno , vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

13/4/2011

Assinatura

Glória Gonçalves



**ANEXO V - Consentimento**



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: *Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto*

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_:

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado tem como objetivos:

- Descrever a perceção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia;
- Conhecer a perceção sobre a autoeficácia da pessoa com traqueostomia;
- Conhecer a satisfação da pessoa com traqueostomia com os cuidados de saúde;
- Descrever os fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação do questionário sobre qualidade de vida da pessoa portadora de traqueotomia da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) tendo-me sido fornecidas esclarecimentos sobre o seu preenchimento.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a autorizar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Autorizo de livre vontade a participação no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Nome do Participante no estudo	Data	Assinatura
	___/___/___	_____

Nome do Investigador Responsável	Data	Assinatura
	___/___/___	_____



**ANEXO VI** - Informação ao participante no estudo



## **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO:**

Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto

Glória Cristina de Almeida Gonçalves, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2010/ 2011, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre “**Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto**”.

Investigador Principal : Glória Cristina de Almeida Gonçalves

Email: [gcag@sapo.pt](mailto:gcag@sapo.pt)

Tlm: 969685913

Objetivos do Estudo:

Descrever a perceção da qualidade de vida da pessoa com traqueostomia,  
Conhecer a perceção sobre a autoeficácia da pessoa com traqueostomia,  
Conhecer a satisfação da pessoa com traqueostomia com os cuidados de saúde,  
Descrever os fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia.

Finalidade: Contribuir para um melhor conhecimento sobre a qualidade de vida da pessoa com traqueostomia no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem

Participação: A sua participação no estudo é voluntária, com consentimento livre e esclarecido. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades do hospital. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição.

Colheita de dados: Resposta ao questionário sobre qualidade da pessoa com traqueotomia da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP).

Riscos e benefícios: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

Anonimato/ Confidencialidade: No estudo está garantida a privacidade e a confidencialidade. Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes.

A investigação foi aprovada pelo (*Nome da instituição*)

Data

O Investigador Responsável

/ /2011

\_\_\_\_\_

