

Utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI

Use of decannulation protocol by speech therapist in Intensive Care Unit

Uso de protocolo de decanulación por el fonoaudiólogo em UTI

Zenóbia Rosa Alves de Araújo Lima
Carla Targino Bruno dos Santos

Resumo: Trata-se de uma revisão integrativa de artigos científicos, estudos e pesquisas em relação ao processo de decanulação em pacientes traqueostomizados.

Abstract: This is an integrative review of scientific papers, studies and research regarding the process of decannulation in tracheostomized patients.

Resumen: Se trata de una revisión integrativa de artículos científicos, estudios e investigaciones em relación al proceso de decanulación em pacientes traqueostomizados

Objetivo: Descrever como se apresenta na literatura a utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo na UTI, assim como as possíveis complicações presentes neste processo a partir de uma revisão integrativa da literatura indexada em base de dados nacionais e internacionais de 2007 a 2018. Foram selecionadas e analisadas 10 referências.

Descritores: Fonoaudiologia, Traqueostomia, UTI.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Thacheostomy; Intensive Care Units

Descriptores: Fonoaudiología; Traqueostomía; Unidades de Cuidados Intensivos

Introdução

Existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação e, portanto, a validação de protocolo visa contribuir para se conhecer a percepção dos

profissionais da equipe multiprofissional diante da atuação fonoaudiológica a beira leito na UTI¹.

O desmame da traqueostomia é uma das etapas críticas da assistência multiprofissional no ambiente hospitalar, requerendo a integração de vários parâmetros e critérios para que este procedimento aconteça de maneira eficaz e segura para o paciente².

A decanulação é uma prática empírica, uma vez que ainda não se conhece um protocolo baseado em evidência sobre esta técnica e cada local desenvolve respectivamente um protocolo de acordo com a sua rotina. Por se tratar de um processo complexo, o sucesso na decanulação depende de vários fatores e empenho de toda a equipe multidisciplinar^{3,4,5}.

Os resultados mostram que o protocolo do processo de decanulação deve ser pautado pelo atendimento de critérios específicos para a retirada da cânula, permitindo uma abordagem detalhada e segura, de forma integrada e aprimora a prestação de uma assistência de qualidade¹.

De acordo com o novo protocolo de Broncoaspiração do Programa Brasileiro para a segurança do Paciente a broncoaspiração é a maior causa de morte por infecções associadas à assistência à saúde, ficando o cenário mais preocupante se for considerados outros fatores como o envelhecimento da população, o tempo de internação hospitalar e as comorbidades⁶.

Pacientes com pneumonia por broncoaspiração necessitam de maior cuidado devido a sua fragilidade e pior desfecho clínico, quando comparados com pacientes que apresentam pneumonia não associada à aspiração⁶.

Detalhar-se-á a importância do trabalho da Equipe Multidisciplinar e Interdisciplinar. Discorreremos ainda sobre a importância da implantação de protocolos, que além de orientar o passo a passo da equipe, favorecendo a segurança tanto do paciente quanto da atuação dos profissionais, permitindo melhores resultados.

A intervenção fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva (UTI) vem recebendo grande atenção atualmente devido à gravidade das condições clínicas do paciente na UTI suscitar questões sobre o momento apropriado para essa intervenção⁴.

Da mesma forma, protocolos padronizados de avaliação clínica da disfagia orofaríngea nessa população são escassos e conseqüentemente, o atraso na

reintrodução por via oral desses pacientes em ambiente de UTI é frequente. Assim, a identificação da alteração da deglutição, ou seja, da disfagia orofaríngea deve ser realizada e tratada o quanto antes, evitando assim, complicações respiratórias e garantindo o sucesso terapêutico¹.

Este estudo pretende refletir sobre a prática do fonoaudiólogo numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) haja vista o atendimento acontecer com pacientes críticos e instáveis, que necessitam de cuidados intensivos e protocolos de segurança cujo objetivo é prevenir os agravos de qualquer condição.

É necessário ressaltar que existe uma lacuna na literatura quanto à validação de protocolo de decanulação e a presença de um protocolo validado facilita muito o processo de decanulação desses pacientes uma vez que promove para a equipe maior nível de segurança, favorecendo a identificação e o reconhecimento do respectivo papel de cada profissional nesse processo.

Por se tratar de pacientes muitas vezes acometidos por disfagias orofaríngeas ou sob risco de alteração de deglutição, a publicação de pesquisas nestas áreas tem demonstrado que a disfagia é fator de risco para o agravamento do caso levando a complicações extremamente graves como a desidratação, a desnutrição e a pneumonia aspirativa ou broncoaspiração.

A deglutição é resultado da dinâmica e complexa atividade neuromuscular em que estão envolvidas estruturas ósseas, musculares e cartilagosas do trato digestivo e respiratório que atuam de forma organizada e sincronizada ¹.

Inicia-se pela estimulação química e mecânica de um grande número de estruturas na cavidade oral e faríngea, controlada pelo SNC cuja função principal é transportar o alimento da boca para o estômago, evitando a entrada de substâncias na via aérea, garantindo assim o suporte nutricional e de hidratação do indivíduo ¹.

O processo de deglutição pode ser interrompido por um número de variáveis mecânicas e funcionais, incluindo a presença de traqueostomia (TQT).

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico. Consiste numa abertura realizada na traqueia para o meio externo, com o objetivo de contornar um obstáculo mecânico das vias áreas superiores. Reduz a resistência respiratória, favorecendo a ventilação pulmonar através desta via e facilitando a eliminação de secreções traqueobrônquicas em excesso⁸.

A traqueostomia pode ser necessária devido a um grande número de razões e estar associada a procedimentos médicos e cirúrgicos, como a insuficiência respiratória, a necessidade de ventilação mecânica, o auxílio no gerenciamento com secreções e higiene pulmonar, a obstrução de via aérea e a dificuldade de deglutição. Na literatura há discussões sobre a relação entre a cânula de traqueostomia e a eficiência da deglutição^{3,6-12}.

A utilização da cânula de traqueostomia traz impactos importantes em uma série de mecanismos que estão envolvidos na respiração, deglutição, fala, tosse e olfato, além do mais, as complicações surgidas em virtude do procedimento de traqueostomia e uso da cânula precisam ser analisadas, pois, cada vez mais este procedimento tem sido executado em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), impactando de forma significativa na qualidade de vida destes pacientes.

As complicações relacionadas à traqueostomia são: mudanças na fisiologia da deglutição, acontecendo redução da elevação e anteriorização da laringe; perda de reflexos laríngeos de proteção com a incoordenação e redução do tempo de fechamento glótico; ausência de coordenação para fechamento laríngeo; diminuição da frequência dos reflexos de deglutição e tosse; redução da sensibilidade da faringe e da laringe; atrofia da musculatura laríngea; compressão do esôfago pelo cuff e diminuição da pressão subglótica¹⁻¹².

Existem ainda outras complicações relacionadas ao comprometimento da comunicação oral e no risco maior de desenvolvimento de patologias laringofaríngeas tais como, estenose laríngea, traqueomalacia, desenvolvimento de tecido granuloso e comprometimento nas pregas vocais⁹.

Numa cânula de traqueostomia, o cuff insuflado pode ser usado para evitar aspiração de secreções, alimento e suco gástrico. Também tem a função de bloquear o fluxo aéreo respiratório através da laringe, impedindo a fonação e limpeza da via aérea e também ocasiona a dessensibilização da laringe. Vale dizer que o cuff insuflado não é absolutamente protetor da via aérea, portanto, as secreções acumuladas sobre ele podem escorrer para os pulmões (microaspirações), resultando em infecções pulmonares (broncoaspiração).

A indicação de traqueostomia acontece frequentemente após período prolongado de ventilação mecânica ou falha de extubação e tem sido descrita como

fator desencadeador de distúrbios da deglutição (disfagia)^{1-4,6-9}. Dessa forma, independentemente da causa da necessidade da traqueostomia, é consenso na literatura que a função de deglutição em pacientes internados nas UTI deverá ser estudada.

A traqueostomia modifica a biodinâmica da deglutição, alterando a anatomia e fisiologia do sistema respiratório, repercutindo na proteção das vias aéreas, na produção vocal como também no sistema digestivo¹.

Nos pacientes traqueostomizados a questão central na evolução da decanulação é saber determinar quais pacientes são elegíveis para iniciar o processo de retirada da cânula e quando estes pacientes estão realmente aptos a retirá-la. Dessa maneira torna-se necessária a elaboração de estratégias objetivas que norteiem o processo de decanulação segura e eficiente sendo imprescindíveis em serviços de saúde comprometidos com o manejo adequado desses indivíduos.^{1,2,4}

Com isso, os protocolos surgem como formas alternativas importantes para facilitar a organização do serviço e uniformizar as estratégias a serem adotadas pela equipe multidisciplinar, principalmente pelos profissionais diretamente envolvidos no processo com o intuito de aumentar o sucesso de decanulação, diminuir o tempo de internação hospitalar, reduzir as complicações secundárias à decanulação e finalmente reduzir os gastos hospitalares.

Os critérios de avaliação clínica fonoaudiológica são essenciais uma vez que garantem um adequado gerenciamento e uma abordagem segura desses pacientes traqueostomizados. É importante considerar aspectos cognitivos, comportamentais, linguísticos, respiratórios, fonatórios e da motricidade orofacial¹.

A intubação orotraquial e a ventilação mecânica prolongada, como também o tipo de cânula e o uso do cuff potencializam a disfunção da deglutição e as alterações na produção vocal.

Nos casos dos pacientes da UTI que estão em uso de cuff insuflado, o trabalho interdisciplinar, com as visitas multiprofissionais diárias em que são avaliados os riscos e benefícios em desinsuflar o cuff para favorecer a sensibilização e a posterior reintegração das funções respiratórias e de deglutição é fundamental.

Da mesma forma, com o cuff desinsuflado é possível verificar a possibilidade de adaptação de válvula de fala para facilitar o processo de deglutição, respiração e

fonação mais próximas à fisiologia com o objetivo de evolução no processo de decanulação e reabilitação da deglutição.

Na literatura existem poucos relatos de estudos que estabelecem critérios para o desmame da TQT sendo a decisão a respeito da decanulação a maioria das vezes ainda baseada em avaliações subjetivas em oposição a protocolos padronizados.

Vale salientar que todos os profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes traqueostomizados precisam estar atentos a alguns sinais para complicações tais como, resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na aparência e coloração da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de alerta, do nível de consciência e mudança brusca da imagem radiológica.

Quanto ao papel do fonoaudiólogo este deverá observar e analisar cada fase da deglutição, podendo utilizar, caso necessário o Blue Dye Test também conhecido como o teste do corante azul e exames objetivos complementares à avaliação clínica. Estes exames objetivos são a Videoendoscopia da Deglutição (VED) e a Videofluoroscopia da Deglutição (VFD).

Ressalta-se ainda que o uso da válvula de fala seja muito importante, proporcionando benefícios no funcionamento da deglutição, comunicação oral e o desmame da ventilação mecânica.

Esta revisão tem como objetivo conhecer o que tem disponível na literatura sobre a utilização do protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo na UTI.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método envolve “a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa”¹⁸.

A revisão integrativa está inserida na Prática Baseada em Evidências devido ao seu conhecido rigor metodológico que traz a síntese das informações disponíveis sobre o tema, com a finalidade de subsidiar a prática clínica. Essa abordagem metodológica permite a inclusão de produções qualitativas ou quantitativas e de trabalhos dos diferentes tipos, viabilizando o acesso aos resultados de diversas pesquisas em uma única fonte¹⁹.

A revisão integrativa é composta de seis fases, que são: (1) elaboração da pergunta que vai nortear a pesquisa; (2) fase de busca na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos que foram incluídos; (5) redação dos resultados e discussão; e (6) conclui-se a apresentação da revisão integrativa²⁰.

Esta revisão abordará a temática da utilização de um protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI. Como ponto de partida foi utilizado a seguinte pergunta norteadora para a pesquisa: como o fonoaudiólogo utiliza o protocolo de decanulação na UTI?

Consultaram-se as bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online).

Utilizou-se para a investigação os descritores: Fonoaudiologia, Traqueostomia, UTI. Como também as key-words: Tracheostomy, ASHA, (decanulação OR traqueostomia) AND fonoaudiologia e (decanulação OR traqueostomia) AND (fonoaudiologia OR fisioterapia) para captar mais bibliografia.

Adotou-se como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 2007 a 2018, que responderam à pergunta norteadora e possuíam resumos disponíveis no formato on-line. Não se considerou, para fins de investigação, outros tipos de estudos como teses, dissertações, documentos e conferências, e obras repetidas por constarem em mais de uma base de dados investigadas.

Entre os meses de agosto a outubro de 2018 foi realizada busca em 3 recursos informacionais, sendo três bases de dados eletrônicas (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online), e quatro portais de acesso (Portal de Periódicos da CAPES, *Scientific Eletronic Library Online* - SciELO, Biblioteca Virtual de Saúde – BVS e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PUBMED – MEDLINE/PUBMED).

Para realização das buscas foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DesCS) e como foram encontrados poucos artigos, pesquisou-se também no Academic Google.

Para todos os bancos de dados LILACS, MEDLINE SCIELO, CAPES, PUBMED, BVS/BIREME, ACADEMIC GOOGLE foi utilizada a combinação

(decanulação OR traqueostomia) AND fonoaudiologia AND (decanulação OR traqueostomia) AND (fonoaudiologia OR fisioterapia) para captar mais bibliografia.

Foi realizada a combinação entre os três descritores, utilizando-se do operador booleano “OR”, “AND”, com a finalidade de refinar a busca de estudos sobre o tema. Foram critérios de inclusão: publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol; disponíveis gratuitamente na íntegra; produções que tivessem a temática principal de **Utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI**; e sem limite temporal.

Foram critérios de exclusão: artigos que abordassem outra temática principal, dissertações, teses e artigos publicados em outros idiomas; estudos disponíveis parcialmente; e publicações duplicadas. Todas as publicações encontradas (n=39), por meio da estratégia de busca, tiveram seus títulos, resumos e palavras-chave analisados, considerando-se as definições de critérios de inclusão e exclusão. Dos estudos pré-selecionados 29 foram excluídos após aplicação dos critérios de exclusão. Nenhum artigo foi excluído no viés de avaliação de qualidade. A busca nas bases de dados e portais de acesso resultou em 10 publicações. No quadro 1 são apresentadas as estratégias de buscas, as bases ou portais consultados e o número de referências encontradas.

A figura 1 representa a tabela do processo de seleção dos artigos pesquisados.

Quadro 1 – Total de estudos encontrados por estratégias de buscas, bases de dados ou portais de acesso consultados.

Brasília-DF, 2018.

| Artigos | Bases de Dados | | | | | | |
|---------------------------------|--|---------|-----------------|--------|--|---|--------------------|
| | LILACS | MEDLINE | SCIELO | PUBMED | CAPES | BVS/ BIREME | GOOGLE ACADEMIC |
| Responde a pergunta de pesquisa | 6 | 0 | 4 | 0 | 2 | 5 | 4 |
| Total incluídos=6 | Artigos encontrados em mais de uma base de dados | | | | | | |
| | 4 2(SCIELO) (4BVS) | 0 | 2 (4 LILACS) | 0 | 2 (1 BVS) (1 LILACS) (1 SCIELO) (1 GOOGLE ACADEMIC) | 4 (4 LILACS) (2 SCIELO) (2CAPES) | 2 (2 CAPES) |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|---|-----------------|---|--|-----------------------------|---------------|
| Não responde a pergunta de pesquisa | 2 (2 SCIELO) (1 BVS) | 0 | 2 (2 LILACS) | 0 | 2 (1LILACS) (SCIELO) (1GOOGLE ACADEMIC) | 1 (1SCIELO) (1LILACS) | 2 (1CAPES) |
| Total excluídos =4 | | | | | | | |
| Total de artigos pesquisa dos= 10 | 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 1: Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

*OBS.: Dos 23 artigos encontrados nos bancos de dados pesquisados, vários deles estão repetidos/duplicados em mais de um banco de dados. Dessa forma, apenas 10 não são os mesmos artigos. Desses 10 artigos apenas 6 respondem a pergunta de pesquisa.

O número maior de trabalhos foi resgatado nos portais, em especial Portal da LILACS e CAPES que resultaram em 6 e 4 estudos, respectivamente. Observa-se que as bases de dados MEDLINE não apresentou nenhum resultado consoante à busca realizada.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 23 publicações, sendo todos artigos científicos. Na sessão de resultados serão apresentados dados com os estudos selecionados, incluindo autores, idioma, país, periódico e ano de publicação.

A seleção por título e resumo resultou em 23 artigos, destes, 13 eram duplicados entre as bases de dados, que após a análise, foram excluídos. Com isso, a amostra final foi constituída de 10 artigos científicos e dentre eles, 6 respondem a pergunta de pesquisa do presente artigo.

Após a seleção das obras que contemplam os critérios de inclusão no estudo, realizou-se uma caracterização dos artigos por meio de reflexão para coleta das seguintes informações: título, ano de publicação, autores, base de dados, local de publicação do estudo, acervo da revista e tipo de estudo. Após a caracterização dos artigos, realizou-se a leitura dos mesmos para o levantamento de categorias de

análise. Realizou-se uma discussão dialogando com a literatura nacional e internacional que aborda a temática.

Resultados e Discussões

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos no estudo os seguintes artigos descritos no quadro 2.

Quadro 2: Descrição dos artigos encontrados:

| Título | Ano de publicação | Autores | Base de dados | Local de realização do estudo | Revista | Tipo de estudo |
|--|-------------------|---|-------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1. Estudo preliminar sobre a proposta de um fluxograma de decanulação em traqueostomia com atuação interdisciplinar | 2008 | Mendes, TAB, Cavalheiro, L V, Arevalo, RT, Sonegth, R | LILACS/BVS | Brasil SP | Einstein | Estudo descritivo |
| 2. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar | 2014 | Santana, L, Fernandes, A, Brasileiro, AG, Abreu, AC | LILACS/SCIELO/CAPES/BVS | Brasil BA | CEFAC | Estudo transversal descritivo |
| 3. Decanulação: atuação fonoaudiológica e fisioterapêutica | 2015 | Costa, CC, Favero, TC, Rosa, FB, Steidl, SEM, Marcopes, R | LILACS/BVS | Brasil SP | Distúrbios Comun. | Revisão narrativa e compreensiva |
| 4. Avaliação fonoaudiológica para decanulação traqueal em pacientes acometidos por traumatismo cranioencefálico | 2016 | Zanata, IL, Santos, RS, Marques, JM, Hirata, GC, Santos, DA | LILACS/SCIELO/BVS | Brasil PR | CoDAS | Estudo transversal e comparativo |

| | | | | | | |
|--|------|---|-----------------------|-----------|---|---|
| 5. Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar | 2016 | Hausberg,CS, Gomes,RHS, Leonor,VD, Gaspar, MRF, Júnior,CS, Santos,RS. | ACADEMIC GOOGLE | Brasil PR | Tuiti: Ciência e Cultura | Estudo descritivo |
| 6. Processo de decanulação em pacientes acometidos por traumatismo cranioencefálico: estudo realizado em um hospital de trauma, na região metropolitana de Belém, PA | 2017 | Andrade,AG, Lima,GM, Albuquerque,JWA, Anijar,NP, Teixeira, RC | CAPES/ACADEMIC GOOGLE | Brasil SP | Revista Faculdade de Medicina de Sorocaba | Estudo explorador, prospectivo e longitudinal |

Do total de artigos incluídos, 2 (20%) trata-se de estudos descritivos, 1 (10%) revisão narrativa e compreensiva, 2 (20%) estudos transversais e 1(10%) pesquisa exploratória prospectiva.

Para Mendes et al. a disfagia orofaríngea pode ser um fator complicador no processo de desmame da traqueostomia. A literatura analisada mostrou que dos pacientes que apresentaram disfagia, metade conseguiu decanular após o trabalho do fonoaudiólogo ³.

Para alguns autores não há regras determinantes para o processo de desmame da Ventilação Mecânica (VM) e retirada da traqueostomia. Na maioria dos hospitais os fisioterapeutas são os principais responsáveis pelo processo de desmame e decanulação da traqueostomia, contudo, a interação com a equipe permite diminuir o seu tempo de uso, acelerando o desmame e tornando mais seguro, com menor risco de insucesso e complicações⁴.

Segundo alguns autores é comum o seguimento de regras específicas de indicação de traqueostomia, porém não há regras determinantes para o processo de decanulação. Na maioria dos hospitais, uma equipe interdisciplinar é responsável por esse processo e é a interação entre os profissionais de saúde que permite acelerar a retirada da cânula traqueal, tornando-a mais segura para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações^{3,5}.

Estudos revelam que a decisão de quando iniciar a decanulação da traqueostomia é resultado de um trabalho em equipe, destacando que fatores

preditores de insucesso deverão estar ausentes: sedação, necessidade de ventilação mecânica, insuficiência respiratória, presença de obstrução de via aérea por edema, tumor ou outras causas, cirurgias prévias de cabeça e pescoço, paralisia de pregas vocais e estenoses glóticas ou subglóticas devem estar sanadas e a via aérea superior, restaurada para a passagem adequada do fluxo aéreo⁵. O gerenciamento da decanulação traqueal varia em cada instituição, contudo, é necessário uma abordagem integrada, precoce, com a participação do fonoaudiólogo cujo objetivo é otimizar o estado geral do paciente, favorecendo a reabilitação e conseqüentemente a redução no tempo de internação dele. Mais uma vez, diversos estudos apontam a necessidade de protocolos objetivos para a decanulação traqueal.

Em um estudo realizado com pacientes traqueostomizados acometidos de TCE foi estabelecido seis critérios fonoaudiológicos para a decanulação traqueal: nível de consciência com escore na escala de coma de Glasgow maior que 8, condições de manter o cuff desinsuflado e cânula ocluída, mantendo padrão respiratório, secreção orotraqueal ausente ou em pouca quantidade, com aspecto fluído e coloração clara, fonação sem sinais clínicos de voz “molhada”, deglutição sem sinais clínicos de aspiração traqueal e presença de tosse voluntária eficaz, sendo criado um Instrumento de Avaliação Fonoaudiológica de Decanulação Traqueal (IAFDT) para pacientes acometidos por TCE⁵.

Concorda-se com os autores Zanata et al. ao concluírem que é fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar especializada responsável pelo processo de decanulação do paciente traqueostomizado⁵.

Outro estudo canadense relata que o estabelecimento de uma equipe especializada em traqueostomia, atendendo pacientes acometidos por TCE levou a redução no tempo e na incidência de complicações, o que corrobora outros estudos, como uma pesquisa realizada no St. Mary's Hospital, em Londres, na qual após a implementação de um serviço multidisciplinar observou-se redução no tempo de permanência com a traqueostomia de 34 para 24 dias.

Através da revisão bibliográfica observa-se que a partir das dificuldades encontradas em cada instituição e na tentativa de melhoras no atendimento, mais estudos surgiram, revelando que há anseios por protocolos de decanulação definidos para minimizar riscos e otimizar benefícios para os pacientes.

Segundo Zanata et al. no Brasil, os estudos e critérios para a decanulação traqueal a serem seguidos ainda são incipientes, em que cada serviço define um protocolo de acordo com as suas demandas. Todavia, é fundamental a avaliação fonoaudiológica para a decanulação traqueal, uma vez que permite a diminuição do tempo de permanência com a traqueostomia, acelerando a decanulação e, conseqüentemente reduzindo o tempo e custo do internamento hospitalar para pacientes acometidos por TCE. São necessárias novas pesquisas, em outras populações com objetivo de validar o instrumento e verificar sua aplicabilidade⁵.

Existem poucos estudos que estabelecem critérios para o desmame da traqueostomia, sendo a decisão a respeito da decanulação ainda baseada em avaliações subjetivas em oposição a protocolos padronizados¹. Assim, todos os profissionais envolvidos no tratamento do paciente traqueostomizado devem estar atentos aos seguintes sinais de alerta para complicações: resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na coloração ou aspecto da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de consciência e alteração brusca da imagem radiológica¹.

Quanto ao papel do fonoaudiólogo deverá observar e analisar cada fase de deglutição, podendo fazer uso, quando necessário, do teste do corante azul conhecido como Blue Dye Test e de avaliações instrumentais complementares à avaliação clínica, como, por exemplo a Videoendoscopia de Deglutição (VED) e/ou Videofluoroscopia da Deglutição (VFD). O uso de válvula de fala também é extremamente importante em relação aos vários benefícios que proporcionam no funcionamento da deglutição e da comunicação oral, facilitando o desmame da ventilação mecânica¹.

Conclui-se que pouco se publica sobre a importância da equipe interdisciplinar e sobre o papel do fonoaudiólogo no desmame da traqueostomia.

Concordamos com Costa et al. quando afirmam que a interação entre fisioterapeuta e fonoaudiólogo permite diminuir o tempo de traqueostomia, acelerando o desmame, tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações. Todos os profissionais envolvidos no tratamento do paciente precisam estar atentos aos sinais de alerta de complicações: presença de resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na coloração ou aspecto da secreção, febre,

piora da oxigenação, rebaixamento do nível de consciência e alteração brusca da imagem radiológica de tórax¹³.

Em 2018, ainda se observa poucos estudos que propuseram protocolos de decanulação no período estudado tanto pelos autores (1996 a 2015) e nossos estudos (2008 a 2018). Todavia, os itens relevantes a serem avaliados se mantêm: condição respiratória, função de deglutição, nível de consciência e força muscular respiratória do paciente.

É consenso na literatura que a decisão de quando iniciar o desmame da traqueostomia é um trabalho de equipe e que a disfagia é manifestação frequente na UTI sendo a atuação fonoaudiológica essencial para a reabilitação desses pacientes internados.

Para Andrade et al. o papel do fonoaudiólogo no processo de decanulação é analisar cada fase de deglutição, podendo fazer uso, quando necessário, do teste do corante azul (Blue Dye Test) e de avaliações instrumentais complementares e oportunas à avaliação clínica, tendo por finalidade, após corar a cavidade oral do paciente, observar se haverá saída de secreção corada de azul pela traqueostomia e caso não aconteça, dar seguimento ao processo de oclusão e decanulação¹⁵.

Da mesma forma, o fonoaudiólogo deverá verificar sinais de aspiração após desinsuflar o cuff e quando o paciente ainda estiver recebendo dieta via oral fazer com que este consiga uma deglutição efetiva da saliva, coordenando a deglutição e respiração e, se possível, início de fala. Com isso, o objetivo é diminuir o tempo de uso de traqueostomia, acelerando o desmame e o tornando mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações²¹

De acordo com Boulhosa et al. a não padronização no processo do cuidado com a traqueostomia causa um grande desentendimento entre vários profissionais na hora de lidar com este tipo de situação. Referem também que é baixo o número de estudos publicados acerca do desmame da traqueostomia, principalmente envolvendo um protocolo validado de decanulação, o que torna difícil a discussão mais detalhada¹⁴. Por outro lado, observou-se um tempo curto de internação após a decanulação até a saída hospitalar do paciente, provavelmente porque a traqueostomia é uma porta de entrada para infecções levando a uma permanência maior do paciente dentro do ambiente hospitalar.

Considerações Finais

É consenso na literatura que a decisão de quando iniciar o desmame da traqueostomia é um trabalho de equipe.

A não padronização no processo do cuidado com a traqueostomia causa um grande desentendimento entre vários profissionais na hora de lidar com esse tipo de situação. Há regras específicas de indicação, mas não há regras determinantes para sua retirada ¹⁴.

Mendes et al. relatam que na maioria dos hospitais, os fisioterapeutas são responsáveis pelo processo de desmame e decanulação. A interação entre o médico, o fisioterapeuta, o enfermeiro e o fonoaudiólogo permite diminuir o tempo de uso da traqueostomia, tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações ³.

É baixo o número de estudos publicados acerca do processo de desmame da traqueostomia, principalmente envolvendo um protocolo validado de decanulação ¹⁰. Com isso, o motivo da realização do estudo foi à importância da realização de pesquisas abordando este procedimento e seu consequente impacto no processo de hospitalização do paciente para que possam ser corrigidas prováveis falhas e favorecer uma melhor evolução clínica do indivíduo.

Os estudos analisados concluem que existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação da mesma forma, em relação à realização do Blue Dye Test sendo a decisão a respeito ainda baseada em avaliações subjetivas, não havendo protocolos padronizados.

Devido à existência de poucos estudos que estabeleçam critérios padronizados e protocolos para a decanulação sugere-se a necessidade de mais estudos para validações de protocolos, facilitando a melhora na atuação da equipe interdisciplinar no processo de decanulação e com isso, minimizando os riscos e complicações, refletindo na melhoria da atuação dos profissionais com os pacientes traqueostomizados.

Costa et al. respondem a pergunta de pesquisa ao dizer que o trabalho do fonoaudiólogo no processo de decanulação visa adequar à deglutição, tornando-a

eficaz e segura, bem como atuar na proteção de vias aéreas inferiores, trabalhando a função esfíncteriana da laringe e a tosse¹³.

Boulhosa et al. não respondem à pergunta de pesquisa. Sua relevância está em destacar esta miscelânea que acontece em relação a não padronização no processo do cuidado da traqueostomia, o que causa desentendimento entre vários profissionais na hora de lidar com este tipo de situação, destacando que quem sai perdendo é o próprio paciente e chamando a atenção para novos estudos quanto à temática ¹⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SANTANA, L., Fernandes, A., Brasileiro, A.G., Abreu, A. C.- Criteria for clinical speech pathology evaluation of tracheostomized patient in hospital and home. Rev. CEFAC, 2014.p.524-536.
2. HAUSBERGER, C.S., GOMES, R.H.S., LEONOR, V.D., GASPAR, M.R.F., JÚNIO R, C.S., SANTOS, R.S. Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar, Tuiuti: Ciência e Cultura, n.52, p.11-18, Curitiba, 2016.
3. MENDES, T.A.B., CAVALHEIRO, L.V., AREVALO, R.T., SONEGTH, R. Preliminary study on a proposal of an interdisciplinary flowchart of tracheostomy decannulation. Einstein, 2008;6(1):1-6.
4. MENDES, F., RANEA, P., OLIVEIRA, A.C.T. Protocolo y destete traqueostomia decanulación, Ver UNILUS Ensino e Pesquisa Centro Universitário Lusíadas, v.10, n.20, jul./set.2013.
5. ZANATA, I.L., SANTOS, R.S., MARQUES, J.M., HIRATA, G.C., SANTOS, D.A. Speech-language pathology assessment for tracheal decannulation in patients suffering from traumatic brain injury, CoDAS 2016;28(6):710-716.
6. CÉSAR, F. Broncoaspiração Conheça o novo protocolo do Programa Brasileiro para Segurança do Paciente Protocolo Assistencial – Revistamelhorespraticas.com.br, 2017.
7. FURKIM, A. M., Rodrigues, K.A. Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva, São Paulo, 2014;(11)126.
8. Godwin JE, Heffner JE. Special critical care considerations in tracheostomy management. Clin Chest Med. 1991;12 (3):573-83.
9. ROCHA PM. Traqueostomias. In: Araújo Filho VJ, Brandão L, Garcia e Ferraz AR. Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo: Keyla e Rosenfeld: 1999.p.66-73.
10. SHAKER R, Milbrath M, Ren J, Campbell B, Toohill R, Hogan W. Deglutitive aspiration in patients with tracheostomy: effect of tracheostomy on the duration of vocal cord closure. Gastroenterology. 1995;108:1357-60.
11. Goldsmith T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. Int Anesthesiol Clin. 2000;38(3):219-42.
12. TERK AR, Leder SB, Burell MI. Hyoid bone and laryngeal movement dependent upon presence of a tracheotomy tube. Dysphagia. 2007;22:89-93.
13. COSTA, C.C., FAVERO, T.C., ROSA, F.B., STEIDL, E.M.S., MANCOPES, R. Decannulation: speech therapy and physiotherapy approach. Rev. Distúrbios Comun. São Paulo, 28(1):93-101, março, 2016.
14. BOULHOSA, F.J.S., COSTA, L.R.N., LIMA, G.M., AMARAL, J.A.R., SILVA, P.K.E., MACÊDO, R.C., TEIXEIRA, T.C., FEIO, S.C.A. O impacto do protocolo de desmame de traqueostomia em pacientes vítimas de Traumatismo Cranioencefálico internados no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência no Pará. Rev da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v.13, n.2, p.313-323, 2015.

15. ANDRADE,A.G.,LIMA,G.M.,ALBUQUERQUE,J.W.A.,ANIJAR,N.P.,TEI-
XEIRA,R.C. Decannulation process in patients afflicted with traumatic brain
injury: study performed in a hospital trauma, in the metropolitan region of Belem,
PA,Brazil, Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2017.
16. BARROQUEIRO,P.C.,LOPES,M.K.D.,MORAES,A.M.S. Speech therapy
criteria to indicate an alternative feeding route at an intensive care unit a
university hospital,Revista CEFAC, 2017, Marc-Abri;19(2):190-197.
17. SILVA,D.L.R.,LIRA,F.O.Q.,OLIVEIRA,J.C.C.,CANUTO,M.S.B. Speech
Therapy Practice in the Intensive Care Unit of a hospital of infectious diseases
of Alagoas, Revista CEFAC, 2016 Jan-Fev;18(1):174-183.
18. VOSGERAU, D.S., ROMANOWSKI, J.P. Estudos de revisão: implicações
conceituais e metodológicas, Revista Diálogo Educ. V14. p(170)165-189
jan/abril 2014.
19. SOARES, C.B.,HOGA, L.A.,PEDUZZI,M. et al.Revisão Integrativa: conceitos e
métodos utilizados na enfermagem Revista Esc Enferm USP 2014p. 335- 345.
20. DE SOUZA, M.T., M.D.,DA SILVA, R. DE CARVALHO. Revisão Integrativa: o
que é e como fazer. Einstein.2010, 8 (1Pt1):102-6.
21. PANNUNZIO T.G. Aspiration of oral feedings in patients with
tracheostomies.AACN Clin Issues.1996;7(4):560-9.