

Procedimento Operacional Padrão
Unidade de Reabilitação/20/2015

Traqueostomia: Cuidados e Decanulação

Versão 2.0

Hospital de
Clínicas



Procedimento Operacional Padrão

Unidade de Reabilitação/20/2015

Traqueostomia: Cuidados e Decanulação

© 2018, Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh
www.ebserh.gov.br

Material produzido pela Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Ebserh – Ministério da Educação

POP: Traqueostomia: Cuidados e Decanulação – Unidade de Reabilitação, Uberaba, 2018 – Versão 2.0. 20p.

Palavras-chaves: 1 – POP; 2 – Traqueostomia; 3 – Cuidados; 4 - Decanulação

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH)**

Avenida Getúlio Guaritá, nº 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG
Telefone: (034) 3318-5200 | Sítio: www.uftm.edu.br

ROSSIELI SOARES DA SILVA
Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS
Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE
Superintendente do HC-UFTM

MARIA CRISTINA STRAMA
Gerente Administrativo do HC-UFTM

DALMO CORREIA FILHO
Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM

GEISA PEREZ MEDINA GOMIDE
Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM

RITA DE CÁSSIA RODRIGUES REIS
Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do HC-UFTM

RENATA DE MELO BATISTA
Chefe da Unidade de Reabilitação do HC-UFTM

EXPEDIENTE

**Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo
Mineiro**

Produção

HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Descrição	Gestor do POP	Autor/responsável por alterações
10/11/2015	1.0	Trata da padronização dos cuidados e da decanulação em pacientes traqueostomizados	Renata de Melo Batista	Veridiana Mariano Soares
				Veridiana Mariano Soares
01/06/2018	2.0	Trata da padronização dos cuidados e da decanulação em pacientes traqueostomizados	Renata de Melo Batista	Validação: Unidade de Planejamento Aprovação: Colegiado Executivo

SUMÁRIO

OBJETIVO	07
GLOSSÁRIO	07
APLICAÇÃO	07
1. INTRODUÇÃO	07
2. TRAQUEOSTOMIA	07
3. CUIDADOS COM A TRAQUEOSTOMIA	13
4. DECANULAÇÃO	15
ANEXOS.....	18
REFERENCIAIS TEÓRICOS	20

OBJETIVO

Padronizar entre a equipe interdisciplinar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) os cuidados e a decanulação em pacientes traqueostomizados.

GLOSSÁRIO

ASSOBRAFIR – Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HC-UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

TQT - Traqueostomia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VM – Ventilação mecânica

APLICAÇÃO

Nas Unidades do HC-UFTM que estão com pacientes traqueostomizados.

1. INTRODUÇÃO

A palavra traqueostomia (TQT) é derivada dos termos gregos *trachea* *arteria* (artéria dura) e *tomia* (incisão). Conceitualmente, a TQT refere-se a um procedimento de acesso às vias aéreas com a colocação de prótese ventilatória (cânula) ou simplesmente uma cirurgia de abertura da traqueia que exterioriza a luz traqueal. Esse recurso é utilizado para facilitar a entrada e/ou saída de ar dos pulmões quando existe alguma obstrução no trajeto natural e consiste em um procedimento cirúrgico de abertura artificial da traqueia para permitir a respiração. A TQT pode ser temporária ou permanente; alguns pacientes podem fazer uso da TQT durante a internação hospitalar, enquanto outros podem utilizá-la pelo resto da vida.

2. TRAQUEOSTOMIA

2.1 Indicações

É importante considerar que a indicação de TQT não se limita ao paciente crítico. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a TQT é frequentemente realizada após 14 a 21 dias de intubação traqueal (TQT eletiva) e, em casos selecionados, no segundo ou terceiro dia de intubação (TQT precoce). É também realizada em momentos de urgência para acesso respiratório de vias aéreas difíceis. A realização segura da TQT no paciente exige conhecimento das técnicas cirúrgicas, habilidade profissional e ambiente preparado para possíveis intercorrências. Algumas condições clínicas, como as descritas a seguir, podem indicar a necessidade de TQT de forma precoce ou tardia, como:

- congênitas – estenoses glóticas, subglóticas ou de traqueia superior, cistos laríngeos e de valécua e hemangioma de laringe;
- infecções – epiglote aguda e laringotraqueobronquite recorrente (em casos de dificuldade de intubação traqueal ou ausência do broncoscópio);- tumores avançados de laringe, tonsilas, faringe ou traqueia superior com consequente estridor e colapsos mecânicos;
- disfunções laríngeas – paralisia abdução das cordas vocais;
- traumas – lesões maxilofaciais graves, fraturas ou transecções da laringe ou da traqueia, lesões cervicais que tornam difícil ou inviável a intubação oro ou nasotraqueal para manipulação e abordagem das vias aéreas (necessidade de cricoidostomia ou TQT de urgência), aspiração de conteúdos químicos ou lacerações traqueais;
- intubação translaríngea em crianças menores de 12 anos;
- complicações pós-operatórias de tireoidectomia, esôfago ou cordas vocais, como alterações anatômicas no trajeto do fluxo respiratório;
- queimaduras, corrosivos e reações anafiláticas – edema subglótico significativo;
- corpos estranhos – a TQT pode ser realizada após tentativas frustradas de retiradas dos corpos estranhos por manobras mecânicas ou endoscópicas;
- apneia do sono – a TQT proporciona segurança e permite a passagem livre do ar na ocorrência de colapso dos músculos faríngeos durante o sono, mas deve-se tentar a utilização de ventilação não-invasiva como primeiro tratamento;
- tempo prévio ou complementar a outras cirurgias bucofaringolaringológicas;

- proteção das vias aéreas – estados de coma, cirurgias de vias aéreas, pescoço e cavidade oral;
- edema glótico e estenoses subglóticas;
- distúrbio de deglutição grave;
- higiene de vias aéreas (dificuldade de manipulação das secreções) – idade avançada, doenças neuromusculares, lesão cervical alta;
- suporte ventilatório – ventilação mecânica (VM) prolongada, traqueomalácia, desmame da VM.

2.2. Cricotomia

É uma via de acesso emergencial à traqueia por meio da membrana cricotireóidea. É indicada quando não se consegue intubar ou traqueostomizar o paciente em um momento de urgência. Esse procedimento deve ser convertido em TQT em 48 a 72 horas.

2.3 Procedimento

O procedimento da TQT deve ser realizado somente por equipe capacitada e em ambiente que ofereça segurança para possíveis complicações emergenciais intraoperatórias. São descritos na literatura o procedimento cirúrgico convencional (Técnica de Griggs é a mais realizada) e o percutâneo.

Primeiramente, é separado todo o material, realizada a assepsia local e colocado o campo cirúrgico. Logo após, são feitas a sedação e a analgesia do paciente. Em seguida, o paciente deve ser intubado (se ainda não estiver) e os parâmetros do ventilador mecânico devem ser ajustados. A via de acesso do exterior para o interior da traqueia inicia-se com o posicionamento do paciente em decúbito dorsal, com cabeceira a 0° de elevação, coxim sob os ombros e extensão cervical.

2.3.1 Procedimento cirúrgico convencional

Após a indução anestésica local, a incisão é iniciada pela pele e pelo subcutâneo; em seguida, pelos músculos platisma e pré-traqueais, até se localizar o istmo tireoideo (geralmente entre o primeiro e o segundo anel traqueal). Após atravessar o istmo, é rompida a fáscia pré-traqueal e, então, os anéis cartilagosos traqueais são visualizados.

Finalmente, é posicionada a cânula e, após, deve ser dado um ponto de reparo entre o flap traqueal e o tecido celular subcutâneo (ponto de Björk), o que facilita o acesso à traqueia no caso de decanulação acidental. Pode-se fazer o estoma traqueal de diversas maneiras, sendo mais comuns as formas em U invertido, em T, em H ou, ainda, a forma retangular.

2.3.2 Percutâneo

Consiste na introdução da cânula de TQT por dilatação mediante técnica minimamente invasiva, rápida execução, menor custo (não necessita de centro cirúrgico) e melhor resultado estético. Primeiramente, é feita a palpação da cartilagem cricoide para localizar o segundo e o terceiro anel traqueal. O tubo endotraqueal no local é tracionado no sentido de extubação, sob visão broncoscópica, para que ocorra a incisão e a exposição da luz traqueal. Depois, a traqueia é perfurada. Em seguida, introduz-se o dilatador. Um fio guia é introduzido por meio de uma cânula provisória específica para o procedimento. Então, ocorre a dilatação da traqueia e a cânula de TQT é posicionada. Apesar de alguns autores relatarem índices de complicações semelhantes ou inferiores aos da TQT convencional, as técnicas percutâneas podem resultar em complicações graves, como falso trajeto, pneumotórax e morte. Os resultados da literatura a respeito da eficácia e das complicações da TQT percutânea ainda são conflitantes.

2.4 Cânulas

As cânulas de TQT podem ser metálicas, plásticas ou siliconadas, com ou sem cânula interna, balonete (*cuff*) e fenestradas. As cânulas contêm um mandril (guia) em seu interior, que é um pouco mais longo do que a cânula, de ponta romba, servindo como um condutor no momento da introdução na traqueia. O comprimento da cânula pode ser longo ou curto e o diâmetro deve ter aproximadamente 75% do diâmetro da traqueia. No mercado existem modelos neonatais, pediátricos e adultos.

2.4.1 – Tipos de cânulas

TIPOS DE CÂNULAS DE TQT

Metálicas

Plásticas

Com *cuff* (balonete)

Sem *cuff*

Fenestradas

Lúmen simples

Lúmen duplo

Minitraqueostomia

Borda ajustável

Fonte: Programa de atualização em fisioterapia em terapia intensiva adulto, 2010.

As cânulas metálicas (Jackson®) são feitas de aço inoxidável ou prata esterlina, possuem sistema de travamento da cânula interna, não possuem conexões para equipamento respiratório e são utilizadas por pacientes traqueostomizados por longo prazo por possuírem maior durabilidade. Pode ocorrer oxidação do material.

A maior parte das cânulas de plástico possui custo baixo e está disponível no mercado, mas sua durabilidade é questionável. Nas UTIs, a cânula Portex® é a mais frequentemente utilizada. Possui conexão para VM e ambu, apresentação com ou sem balonete, mas não conta com cânula interna.

Possui como desvantagens, rachaduras, furos do balonete e maior propensão a infecções. Nos adultos, a preferência atual ainda é pelas cânulas Shiley®, apesar de possuírem custo mais elevado. Possuem válvula de fonação própria, cânula interna e podem dispor ou não de conexão para VM, bem como de balonetes. Para pacientes com alterações traqueais, pode ser necessária a instituição de cânulas com comprimento mais alongado (por exemplo, Tracheoflex®). Nos casos de cânula interna, essa é removível e pode ser limpa para evitar acúmulo de secreções. O balonete (*cuff*) é indicado quando há necessidade de vedação das vias aéreas, ou seja, quando insuflados criam uma exclusividade de passagem do ar apenas para as vias aéreas inferiores. As cânulas fenestradas possibilitam a passagem do ar por meio da cânula e das cordas vocais, permitindo a fala. Uma cânula interna sólida deve ser inserida para a aspiração.

2.5 Complicações

A literatura descreve complicações da TQT, desde intraoperatórias até pós-operatórias tardias que podem ser minimizadas com treinamento profissional para seu manuseio, utilização de materiais para os cuidados e autocuidado do paciente. As principais complicações são: hemorragia, pneumotórax, enfisema cirúrgico, infecção local, deslocamento da cânula traqueal (devido ao ato cirúrgico ou peso e posicionamento do circuito do ventilador mecânico), extremidade da cânula bloqueada caso esteja pressionada contra a carina ou a parede traqueal, obstrução do tubo por secreção, herniação do balonete (causando obstrução da cânula), irritação traqueal, ulceração e necrose (causadas pela hiperinsuflação do balonete ou excessiva movimentação da cânula), traqueomalácia, estenose traqueal, fistula traqueoesofágica e infecção da árvore traqueobrônquica.

3. CUIDADOS COM A TRAQUEOSTOMIA

3.1 Monitoração e manejo do balonete

A função do balonete (*cuff*) é permitir que a luz do traqueóstomo seja o único pertuito viável, ou seja, permitir a aplicação de ventilação com pressão positiva sem perda de volume corrente e prevenir a broncoaspiração de secreção oral e gástrica. Para realizar essas duas funções, deve exercer alguma pressão contra a parede traqueal. Para que o paciente não sofra complicações da mucosa traqueal ou broncoaspiração torna-se necessário observar a pressão na parede lateral da traqueia. A pressão de perfusão sanguínea da mucosa traqueal situa-se entre 25 e 35 mmHg. Quando é feita a medida em cmH₂O, esses valores não devem ultrapassar 20 e 30cmH₂O. Pressões superiores a 30 cmH₂O podem gerar lesões na parede da traqueia e pressões menores que 20cmH₂O podem levar a broncoaspiração. São necessários controles frequentes e manutenção da pressão do balonete dentro da variação de valores aceitáveis. Pressões maiores que 25 cmH₂O evitam com segurança a aspiração do conteúdo orofaríngeo e gastroesofágico, considerando-se 20 cmH₂O como limite mínimo, abaixo do qual poderia ocorrer broncoaspiração. Pressões maiores que 30 cmH₂O já comprometeriam a perfusão da traqueia. Recomenda-se que, ao insuflar o balonete, deve-se usar menor quantidade de ar capaz de vedar o espaço entre o balonete e a parede traqueal. A pressão do balonete é mensurada utilizando um aparelho manual chamado cuffômetro e deve ser monitorada diariamente.

3.2 Fisioterapia respiratória

As técnicas desobstrutivas e reexpansivas da fisioterapia previnem complicações como tampões mucosos e conseqüentemente, a ocorrência de desconforto respiratório, infecções pulmonares e atelectasias.

3.3 Aspiração traqueal

É a retirada de secreções dos pulmões pela cânula de TQT, de forma estéril, por meio de um sistema de vácuo. A aspiração deve ser frequente, de acordo com a necessidade decorrente do acúmulo de secreções. Deve-se aspirar primeiramente a cânula, depois a nasofaringe, e por fim, a cavidade oral. Em casos da presença de cânula interna, ela deve ser frequentemente removida para inspeção e limpeza.

3.4 Higiene local

A higiene local e a troca da fixação da cânula de TQT devem ser diárias a fim de minimizar irritações cutâneas. A fixação da cânula na região cervical não deve ser muito frouxa para evitar decanulação acidental ou formação de granulomas por cisalhamento da cânula com o traqueóstomo. A região entre a pele e a cânula deve ser protegida com uma compressa de gaze.

3.5 Orientações aos cuidadores

O cuidador do paciente traqueostomizado deve permanecer vigilante e ser orientado e treinado para os cuidados necessários no domicílio. Uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e o enfrentamento do paciente com doença crônica, ajuda a desenvolver atitudes e habilidades, facilita a autonomia, promove a adesão, torna capaz de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde.

3.6 Outros cuidados

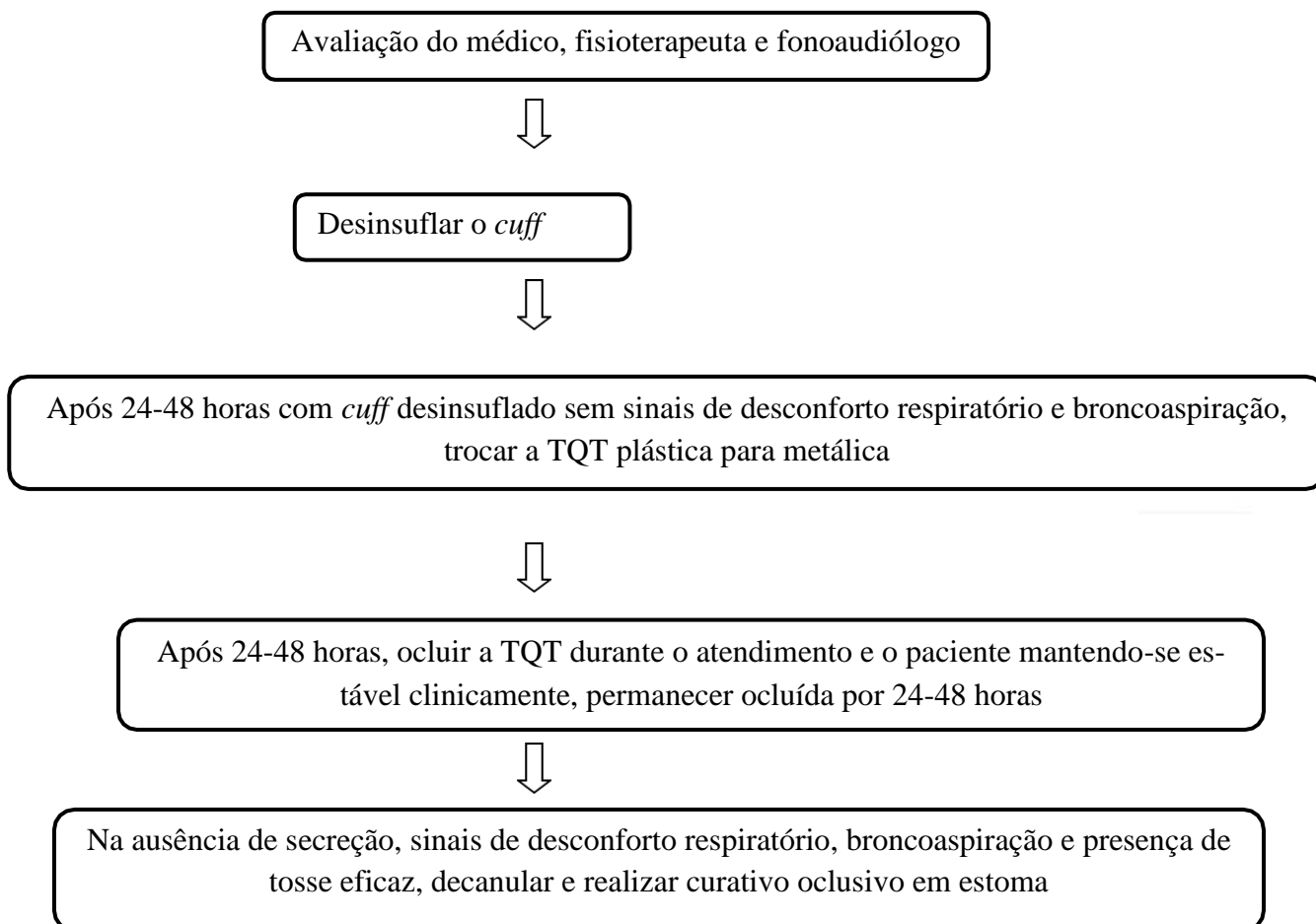
Entre as intercorrências com a TQT, as obstruções, a decanulação acidental e o falso trajeto são ameaçadoras à vida do paciente. A equipe deve estar bem treinada para promover condutas adequadas nessas situações. Até hoje, não há consenso na literatura em relação à TQT no paciente, sobre o momento da TQT eletiva, a instilação ou a micronebulização com soro fisiológico 0,9%, a frequência periódica eletiva de troca das cânulas, a umidificação ideal, a farmacocinética via TQT (aerossolterapia) e a ausência de broncoscopia em vários serviços médicos e hospitais para a avaliação de TQT eletiva e decanulação.

4. DECANULAÇÃO

A interação entre médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogo permite diminuir o tempo de uso da TQT, acelerando o desmame e tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações. Considera-se desmame da TQT o momento quando se inicia o desinsuflar do *cuff*, passando pela troca da cânula plástica para metálica, até a retirada da cânula de traqueostomia (decanulação) e realização do curativo oclusivo do estoma. A decisão de quando iniciar o desmame da TQT é um trabalho de equipe, cujos fatores preditores de insucesso precisam estar ausentes. As razões que levaram à indicação de uma TQT precisam ser consideradas antes de se iniciar o processo de desmame. Para que se obtenha um desmame com sucesso, merecem atenção a necessidade de sedação, o tempo de VM, a insuficiência respiratória aguda ou crônica, a presença de obstrução de via aérea (por edema, tumor ou outras causas), as cirurgias prévias de cabeça e pescoço, a paralisia das pregas vocais, a estenose glótica ou subglótica – enfim, todos os problemas precisam ser sanados e a via aérea superior deve estar restaurada para a passagem adequada do fluxo aéreo.

Alguns outros fatores preditores de sucesso na decanulação incluem a estabilidade do paciente, a ausência de secreções em quantidades que possam comprometer o padrão respiratório, o desmame total do respirador, a capacidade de deglutição na ausência do *cuff* sem sinais de broncoaspiração. O paciente deve ser capaz de respirar por via aérea superior (nasal) com a retirada da pressão do *cuff* e oclusão da cânula, sem qualquer sinal de obstrução ou resistência. O fluxo expiratório também deve ser suficiente para gerar força para que o paciente possa tossir e falar. Todos os profissionais envolvidos no tratamento do paciente precisam estar atentos aos seguintes sinais de alerta para complicações: resíduos 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. Tudo sempre é resolvido com um trabalho de equipe, avaliação e discussão clínica. A atuação da equipe multiprofissional aumenta as chances de uma decanulação mais rápida, livre de complicações e mais segura para o paciente.

4.1 Protocolo de Decanulação



Fonte: Adaptação de MENDES; RANEA; OLIVEIRA, 2013, baseado na rotina da Enfermaria de Clínica Médica do HC-UFTM.

Depois de realizada a decanulação, o estoma é coberto com um curativo seco que deve ser trocado duas vezes ao dia e o local deve ser avaliado quanto à cicatrização e a complicações. Deve haver continuidade da monitoração do paciente após a decanulação, e o curativo do estoma da TQT é mantido durante poucos dias até haver cicatrização. O paciente e/ou acompanhante devem ser orientados sobre esse processo.

Apesar do importante papel do fisioterapeuta na avaliação da indicação e do prognóstico da decanulação e/ou troca de cânula traqueal, a ASSOBRAFIR (Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva) elaborou um acórdão que dispõe que tais procedimentos não se encontram no rol de atribuições dessas especialidades fisioterapêuticas (anexo 1). Ainda dispõe sobre a participação do fisioterapeuta durante o procedimento de TQT (anexo 2).

ANEXO 1**ACÓRDÃO Nº 475, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre papel do Fisioterapeuta na realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal.**

O PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no uso de suas atribuições e disposições regulamentares conferidas pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e pela Resolução nº 412, de 19 de janeiro de 2012, em que, ACORDAM os Conselheiros do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, reunidos na sessão da 265ª Reunião Plenária Ordinária, em aprovar, por unanimidade, o parecer confeccionado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), com o seguinte teor:

“Trata-se de consulta formulada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR acerca do papel do fisioterapeuta na realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal. Informam, ainda, os consulentes que, na atuação em equipe multidisciplinar, muitas vezes ocorre conflito entre profissionais sobre a atribuição da realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal. É o relatório. Passo a opinar.

A recolocação, troca ou retirada da cânula traqueal (traqueostomia) é um procedimento que envolve riscos inerentes, tais como falso pertuito, perda do orifício traqueal, estenose traqueal, etc., podendo acarretar a necessidade de intubação orotraqueal, terapia medicamentosa ou técnica cirúrgica, recursos esses não incluídos no rol de procedimentos fisioterapêuticos.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, quando disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia Respiratória, estabelece como competência do fisioterapeuta a realização da avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial, como se vê claramente na Resolução nº 400, de 3 de agosto de 2011, em seu art. 3º, III, in verbis: ‘art. 3º Para o exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia Respiratória é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência: III – Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial [...]’.

O mesmo pode ser constatado na Resolução nº 402, editada pelo Egrégio Conselho Federal, disciplinando a especialidade profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva:

‘Art. 3º Para o exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência: [...] III – Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico [...]’.

Mostra-se patente, destarte, que os procedimentos de decanulação ou troca de cânula traqueal não se encontram no rol de atribuições dessas especialidades. Ademais, deve-se ainda salientar o importante papel do fisioterapeuta na avaliação da indicação e do prognóstico da decanulação, baseando-se na mensuração de parâmetros ventilatórios e musculoesqueléticos, tais como capacidade vital lenta, pico de fluxo de tosse, força muscular inspiratória, expiratória e periférica, dentre outros.

CONCLUSÃO

Em face do exposto, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR opina que a realização de procedimentos como decanulação e troca de cânula traqueal não são atribuições do fisioterapeuta.”

ANEXO 2**ACÓRDÃO Nº 476, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre a participação do Fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia.**

O PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no uso de suas atribuições e disposições regulamentares conferidas pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e pela Resolução nº 412, de 19 de janeiro de 2012, em que, ACORDAM os Conselheiros do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, reunidos na sessão da 265ª Reunião Plenária Ordinária, em aprovar, por unanimidade, o parecer confeccionado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), com o seguinte teor:

“Trata-se de consulta formulada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR acerca da participação do fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia.

Informam, ainda, os consultes que, na atuação em equipe multidisciplinar, muitas vezes ocorre conflito entre profissionais sobre a necessidade de participação do fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia.

É o relatório. Passo a opinar.

A traqueostomia é considerada um procedimento cirúrgico, sendo, portanto, atribuição de um médico cirurgião. A literatura especializada atual recomenda a sua realização em ambiente de bloco cirúrgico, com recursos e equipe apropriada, minimizando dessa forma os riscos, podendo a traqueostomia, em casos bem selecionados, ser realizada no interior das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Os procedimentos empregados durante a realização da traqueostomia não se correlacionam às técnicas aplicadas por fisioterapeutas. Somando-se a isso, não é observada entre as competências do fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Respiratória ou em Fisioterapia em Terapia Intensiva a indicação para o acompanhamento de procedimentos cirúrgicos, inclusive a realização de traqueostomias, conforme evidenciado nas Resoluções-COFFITO nº 400/2011 e nº 402/2011, as quais disciplinam essas especialidades profissionais, sendo clara a inexistência desta atribuição na norma vigente.

CONCLUSÃO

Em face do exposto, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR opina que não é atribuição do fisioterapeuta auxiliar e/ou acompanhar o procedimento cirúrgico de realização da traqueostomia.”

REFERENCIAIS TEÓRICOS

ACÓRDÃO Nº 475, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre papel do Fisioterapeuta na realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal. Disponível em: www.coffito.com.br. Acesso em: 21 de maio de 2018.

ACÓRDÃO Nº 476, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre a participação do Fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia. Disponível em: www.coffito.com.br. Acesso em: 21 de maio de 2018.

MENDES, F.; RANEA, P.; OLIVEIRA, A. C. T. de. Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 10, n. 20, jul./set. 2013, ISSN (impresso): 1807-8850, ISSN (eletrônico): 2318-2083. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/100>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

MENDES, T. A. B. M.; CAVALHEIRO, L. V.; AREVALO, R. T.; SONEGTH, R. Estudo preliminar sobre a proposta de um fluxograma de decanulação em traqueostomia com atuação interdisciplinar. Einstein; 6 (1): 1-6, São Paulo. Disponível em: www.bireme.br. Acesso em 15 de outubro de 2015.

O'CONNOR H. H.; WHITE, A. C. Tracheostomy decannulation. Respiratory Care. 2010; Aug.;55(8):1076-81.

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO. Organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; diretores acadêmicos: Jocimar Avelar Martins, Cristina Márcia Dias. Ciclo 2, módulo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2010.

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO. Organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; diretores acadêmicos: Jocimar Avelar Martins, Cristina Márcia Dias. Ciclo 3, módulo 3. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2010.



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO (HC-UFTM)**

Avenida Getúlio Guaritá, 130

Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |

Unidade de Reabilitação

Telefone: (34) 3318-5278 | Sítio: www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm