Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

# TRAQUEOSTOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DO ENFERMEIRO

# TRACHEOSTOMY IN THE UNIT OF INTENSIVE THERAPY: VISION OF THE NURSE

Renata Santos Silva de Góes[1]
Surellyson Oliveira Pereira da Silva[2]
Carlos Bezerra de Lima[3]

**RESUMO -** O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza a abertura e a exteriorização da luz traqueal. Trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos. A compreensão acerca da traqueostomia se faz crucial ao profissional enfermeiro que assume assistir em Unidade de Terapia Intensiva, pois é um procedimento que comumente ocorre. Portanto, a realização deste estudo se justifica na perspectiva de assistir com qualidade e resolutividade pacientes submetidos ao procedimento de traqueostomização, provendo assistência de enfermagem pilarizada na prudência e perícia de suas condutas. Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, considerando os artigos publicados nos últimos nove anos. Espera-se que o mesmo contribua para o crescimento científico na temática de traqueostomia e enfermagem, pois o que foi verificado, por meio da pesquisa para a construção deste artigoo, é que essa temática ainda é incipiente diante da realidade que é o referido procedimento nas Unidades de Terapia Intensiva, sob uma assistência multidisciplinar, e em especial à luz do olhar do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Assistência de enfermagem. Traqueostomia. Unidade de terapia intensiva.

---

[1] Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Urgência e emergência
[2] Enfermeiro. Especialista em Nefrologia
[3] Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Coordenador do curso de Bacharelado em Enfermagem da FAST.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

**ABSTRACT** - The term tracheostomy refers to the operation that performs the opening and the exteriorization of the tracheal lumen. This is one of the oldest surgical procedures. The understanding about tracheostomy becomes crucial to the nurse practitioner who assumes to attend an Intensive Care Unit, since it is a procedure that commonly occurs. Therefore, the accomplishment of this study is justified in the perspective of assisting with quality and resolving patients submitted to the tracheostomization procedure, providing nursing assistance pillarized in the prudence and expertise of their conducts. This study is based on a review of the specialized literature, considering articles published in the last nine years. It is hoped that it contributes to the scientific growth in the theme of tracheostomy and nursing, because what was verified, through the research for the construction of this article, is that this theme is still incipient in view of the reality that is the aforementioned procedure in the Intensive Care Units, under a multidisciplinary care, and especially in the light of the nurse's gaze.

**Keywords**: Nursing care. Tracheostomy. Intensive care unit.

## INTRODUÇÃO

O sistema respiratório é formado por diversos órgãos que trabalham interligados para que o processo de respiração possa acontecer de maneira eficiente. Quando, por algum motivo há a interrupção da respiração, se faz necessária a realização de medidas que permitam a sobrevivência. Dentre essas medidas, podemos citar a traqueostomia (SILVA et al., 2009).

O termo traqueostomia é atribuído à operação por meio da qual se realiza a abertura e a exteriorização da luz traqueal. Tem por finalidade contornar um obstáculo mecânico das vias aéreas superiores, diminuindo a resistência respiratória, possibilitando a ventilação pulmonar por meio dessa via e, também, facilitando a remoção de secreções em excesso, provenientes da traquéia e dos brônquios (CASTRO et al., 2014).

Trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos (VIANNA; PALAZZO ARAGON, 2011). A primeira traqueostomia bem sucedida foi relatada em 1546, atribuída a Brasavola. Apesar desse sucesso, a traqueostomia foi raramente realizada nos séculos seguintes, pois se acreditava que qualquer procedimento na traqueia era igual à sentença de morte. Somente em 1923, Chevalier Jackson padroniza a técnica cirúrgica com refinamentos, reduzindo a mortalidade das traqueostomias de 25% para 2% (RICZ et al., 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

Quanto às questões epidemiológicas, estudos realizados por Aranha et al. (2007) apud Oliveira et al. (2010) observaram baixos índices de mortalidade em pacientes traqueostomizados, além disso, verificou menor mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ao se comparar com pacientes com intubação translaríngea.

Na maioria das vezes, esse procedimento, está indicado nos pacientes com tempo prolongado de ventilação mecânica (VM), no manuseio dos portadores de desmame difícil da prótese ventilatória ou para facilitar a higiene das vias aéreas, oferecendo maior segurança e conforto para o paciente. Desta forma, permitindo a retirada do tubo traqueal e a diminuição da sedação durante a VM, podendo possibilitar a redução do tempo de ventilação artificial, da incidência de pneumonia e do tempo de internação hospitalar (MENDES; RANEA; OLIVEIRA, 2013). Desde a sua primeira descrição, a traqueostomia vem sofrendo diversas modificações nos procedimentos técnicos e em sua aplicabilidade. Atualmente, tornou-se objeto de muitos estudos clínicos, os quais avaliam o tempo de sua realização, benefícios, riscos e técnicas utilizadas (VIANNA; PALAZZO ARAGON, 2011).

Dessa forma a traqueostomia vem se tornando cada vez mais comum nas últimas décadas, impulsionada pela introdução da traqueostomia percutânea e suas supostas vantagens em relação à intubação translaríngea, evoluindo de um procedimento realizado apenas nos centros cirúrgicos até uma versão mais recente e com popularidade crescente que pode ser realizada a beira do leito. Com isso deixou de ser um procedimento realizado quase exclusivamente por equipes cirúrgicas, quando clínicos e intensivistas também podem e passam a realizá-la (SILVA, 2014).

Recomenda-se que a traqueostomia precoce (até 48h do início da ventilação mecânica) em pacientes com previsão de permanecer por mais de 14 dias em ventilação mecânica reduzem a mortalidade, a pneumonia associada à ventilação mecânica, os tempos de internação em Unidades de Terapia Intensiva e de ventilação mecânica (GOLDWASSER et al., 2007). Entretanto, a prática deste procedimento ainda é controversa, devido a inexistência de diretrizes para selecionar qual paciente deve ser submetido a ela, assim como o período ideal para a sua realização. Estes fatores colaboram para que a sua realização seja baseada em aspectos clínicos subjetivos, transformando-a em decisão individual de cada serviço ou do próprio intensivistas (ARANHA; METALOUN; RIBEIRO, 2007).

Assistir em Unidades de Terapia Intensiva e conhecer os procedimentos que ali são executados, seja especificamente de enfermagem, seja pertencente à equipe multiprofissional, se faz indispensável explorar os fundamentos científicos,para com isso só não saber como faz, e sim saber o porquê e para que deve ser feito todo e qualquer

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017



procedimento. Pois, só desta forma será possível, de fato, alcançar a real efetividade da assistência. Assim, a compreensão acerca da traqueostomia se faz crucial ao profissional enfermeiro que assume assistir em Unidade de Terapia Intensiva, pois é um procedimento que comumente ocorre, e o conhecimento prévio é uma responsabilidade firmada no Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem.

A relevância para realizar este estudo está centrada na condição de contribuir para o fortalecimento de tornar ciência a traqueostomia, uma vez que este procedimento, que é rotina na UTI, ainda tem insuficiência de produção científica. Como também fomentar o enriquecimento dos conhecimentos da equipe multiprofissional que assiste no referido setor, em especial, à enfermagem. Assim, a realização deste estudo deu-se na perspectiva de assistir com qualidade e resolutividade pacientes submetidos ao procedimento de traqueostomização, provendo assistência de enfermagem pilarizada na prudência e perícia de suas condutas.

Sob esta perspectiva, surge o questionamento que motiva à realização deste estudo: Como está sendo discutida, na literatura, a traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva à luz do olhar da Enfermagem? Com vistas a responder a tal questionamento foi delineado o objetivo que segue: Analisar na literatura científica revisada neste estudo, como o procedimento e as características inerentes à traqueostomia vêm sendo discutidos e apreender essa conduta rotineira na Unidade de Terapia Intensiva, sob o olhar do enfermeiro.

## METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido constituiu-se de uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, que seguiu os preceitos dos estudos exploratórios.Para assim contemplar e fundamentar a pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2010) é constituída a partir de material já elaborado de livros e artigos científicos.

Assim este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, realizada entre Junho e Agosto do ano de 2017, mediante uma consulta a alguns sites que disponibilizam periódicos com artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo e da Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs. A pesquisa considerou os artigos publicados nos últimos 9 anos. Esta busca foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical SubjectHeadings da U.S.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017



National Library ofMedicine.Os descritores utilizados na busca dos artigos que pilarizaram esse estudo foram Enfermagem, Traqueostomia e UTI.

## CONCEITO E INDICAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Traqueostomizar consiste na abertura da traquéia para o meio externo, com a finalidade de contornar um obstáculo mecânico das vias aéreas superiores, diminuindo a resistência respiratória, possibilitando a ventilação pulmonar por meio dessa via e, também, facilitando a remoção de secreções traqueobrônquicas em excesso (CASTRO et al., 2014). Trata-se de uma abertura cirúrgica realizada na parede anterior da traquéia, através da qual é inserida uma cânula que serve como atalho para conduzir o ar até os pulmões, garantindo a manutenção de via aérea aberta (RICZ et al., 2011 apud Parecer COREN/SC Nº 006/CT/2015).

Apesar da realização de traqueostomias em grande número, nos pacientes sob ventilação mecânica, as indicações, o momento e a técnica operatória, ainda são controversas. Os principais questionamentos são: realização precoce ou tardia, a incidência de pneumonias, avaliação em longo prazo do desmame da ventilação mecânica e a duração do desmame (MARSICO; MARSICO, 2010).

A pesquisa realizada verificou que os estudos recentes sobre intubação prolongada em adultos sugerem um aumento no risco de dano traqueal a partir da segunda semana de intubação. Por essa razão frequentemente é adotado na Unidade de Terapia Intensiva uma política de traqueostomizar pacientes a partir da segunda semana de intubação quando se é esperado um aporte de ventilação mecânica prolongado (SILVA; SOUZA, 2008).

As principais indicações são obstruções das vias aéreas, intubação orotraqueal prolongada, tempo prévio ou complementar a outras cirurgias bucofaringolaringológicas, facilitar aspiração das vias aéreas, síndrome da apneiahipopnéia do sono, síndromes neurológicas que levam a fraqueza muscular progressiva com prejuízo da ventilação. Podendo ser usada por período indefinido de tempo, sendo a sua retirada dependente principalmente da causa base que levou a realização (COREN/BA 2015).

Entretanto, é importante saber que apesar de facilitar o acessoà árvore traqueobrônquica para aspiração e remoção de secreções, a presença da traqueostomia não capacita o paciente a deglutir, ao contrário, pode resultar em maior dificuldade de deglutição, aumentando a aspiração. No entanto, a mais comum indicação para realização da traqueostomia é a ventilação mecânica prolongada (RICZ et al., 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

Especificamente em se tratando de traqueostomizar crianças, Fraga; Souza; Kruel (2009) declaram em seus estudos que a decisão de realização de traqueostomia na criança é complexa e depende de vários fatores, incluindo a gravidade da obstrução da via aérea, a dificuldade e o tempo de entubação e a condição médica subjacente da criança. Cada um desses fatores deve ser avaliado em conjunto pelo pediatra e pelo cirurgião, e a indicação da traqueostomia deve ser baseada nas condições individuais de cada criança.

Traqueostomizar é um procedimento mais amplo que, além da abertura artificial na traqueia, envolve manobras para construção do estoma, com suturas nas bordas da pele do pescoço, podendo ser temporária nas laringectomias parciais ou definitivas na laringectomias totais (ANDERSON & ANDERSON, 2001 apud FREITAS, 2012). Esta abertura pode ser classificada quanto à finalidade, podendo ser preventiva, quando realizada com tempo prévio, ou complementar a outras cirurgias, quando se teme dificuldade respiratória intra ou pós-operatória, como ocorre nas cirurgias endorais e hipofaringe, que causam edema obstrutivo regional.

Ainda classificando a traqueostomia quanto à finalidade, esta pode ser curativa que ocorre em situações que assegura a manutenção da via aérea, como nas obstruções laríngeas por neoplasias, estenoses laringotraqueais ou processos infecciosos que causam edema de glote. E Paliativa sendo utilizada em paciente terminal, sem possibilidade de tratamento, com o intuito de promover conforto respiratório (RICZ et al., 2011). Especificamente para efeito didático, as indicações para as traqueostomias são subdivididas em obstrução mecânica das vias aéreas superiores; obstrução das vias aéreas devido à retenção de secreções pulmonares; e câncer de cabeça e pescoço (ROCHA. et al 1999 apud FREITAS, 2012).

Alguns trabalhos tentam estabelecer comparações entre a traqueostomia aberta e a percutânea. Vários fatores devem ser considerados, uma vez que, alguns comparam a duração do procedimento entre a traqueostomia percutânea realizada no leito e a traqueostomia aberta realizada na sala de operações, na qual é adicionado o tempo de transporte até o bloco operatório (MARSICO; MARSICO, 2010).

A traqueostomia aberta é um procedimento cirúrgico realizado por um cirurgião e consiste em uma abertura no interior da traqueiaonde é colocada uma cânula de traqueostomia com finalidade de substituir um tubo orotraqueal, desviar uma obstrução das vias aéreas superiores, diminuir o espaço mortoanatômico, facilitar remoção de secreções traqueobrônquicas e facilitar o desmameventilatório. Anteriormente este procedimento era realizado no centro cirúrgico por ser umlocal onde há todos os cuidados assépticos e equipamentos necessários, atualmente esteprocedimento vem sendo rotineiro nas Unidades de Terapia Intensiva para ocasionar maiorconforto, segurança e menos

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017



riscos no transporte para o cliente que irá ser submetido a ela (FIGUEREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

## VANTAGENS E COMPLICAÇÕES

A literatura revisada nesta pesquisa mostrou que os principais benefícios da traqueostomia são a menor taxa de autoextubação, possibilidade de fonação e de ingestão oral, melhora da higiene oral e manuseio facilitado do paciente pela equipe, entre outros (MENDES; RANEA; OLIVEIRA, 2013). Apontam-se possíveis vantagens da traqueostomia em relação à intubação translaríngea prolongada: conforto do paciente; implemento de via área segura, redução de lesões laringotraqueais causadas pelo tubo e redução do tempo de ventilação mecânica (OLIVEIRA et al., 2010).

Para sistematizar, Marciso; Marciso (2010) aprofundam as principais vantagens que incluem a prevenção de lesões laríngeas secundárias a intubaçãoprolongada, é mais confortável para os pacientes, facilita a mobilização e os cuidados de enfermagem. A traqueostomia dispensa ou diminui a sedação, necessária na intubação orotraqueal, facilita e acelera o desmame da ventilação mecânica, permite aspirações traqueais efetivas, limpeza da árvore traqueobrônquica e diminui a incidência de pneumonias, melhora a higiene oral e reduz o trauma na cavidade oral.

Após cinco a sete dias de traqueostomia, já existe um trajeto traqueocutâneo bem estabelecido, o que facilita a reintrodução da cânula e a transferência dos pacientes para unidades de cuidados intermediários (MARSICO; MARSICO, 2010). Ressalte-se que o procedimento de traqueostomizar pode ser definitivo ou provisório e resultará em deficiência funcional e estética, como a alteração da fala e a modificação da imagem corporal, a qual poderá afetar a autoestima desse paciente e a relação com outras pessoas, prejudicando relacionamentos pessoais e o convívio social (CASTRO et al., 2014).

A incidência de morbidades decorrentes da traqueostomia varia de 4% a 10% e a mortalidade é menor que 1%. A complicação mais comum é a hemorragia observada no pós-operatório imediato (3,7%), seguida pela obstrução da cânula por secreção (2,7%) e o deslocamento da cânula (1,5%) (RICZ et al., 2011). Dentre as principais complicações o Parecer do COREN/BA Nº 0012/2015 nos mostra as ocorridas na troca de cânulas, em especial, aquelas relacionadas diretamente com o procedimento, tais como a dificuldade na retirada e na introdução da cânula, podendo conduzir à hipoventilação e consequente hipóxia por não se efetuar a manobra com rapidez e segurança.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

Apesar de promover enormes benefícios ao paciente, a traqueostomia deve ser realizada com técnica apropriada e os cuidados aplicados corretamente, pois apesar de não serem frequentes, as complicações podem levar ao óbito (RICZ et al., 2011). No entanto, essas complicações ocorrem geralmente associadas a outros fatores intervenientes.

Tedde; Togoro; Higa (2011) afirmam que as complicações poder ser classificadas em: Complicações graves que são objetivamente definidas e mais facilmente notadas por morte, parada cardiorrespiratória, pneumotórax, pneumomediastino, fístula traqueoesofágica, mediastinite, sepse, hemorragia intratraqueal pós-operatória, obstrução e deslocamento da cânula e estenose traqueal; Complicações intermediárias percebidas através dedessaturaçãointraoperatória, lesões da parede traqueal posterior, erro na introdução da cânula, reversão de percutânea para técnica clássica, aspiração, pneumonia, atelectasia e lesão de cartilagens traqueais e; Complicações menores têm um componente de subjetividade maior, e o seu relato depende da diligência com que são pesquisadas. Elas incluem: hemorragia intraoperatória, falso trajeto da cânula, dificuldade de introdução da cânula, enfisema subcutâneo, hemorragia pós-operatória da ferida, celulite, traqueíte e problemas tardios como fístula traqueocutânea, queloides e cicatrização não estética.

Independente do tipo de traqueostomia é imperioso compreender o custo benefício que esse procedimento pode oferecer, e valorizar as vantagens na condução de pacientes em VM, sobretudo entre os que precisam de controle sobre as vias aéreas, como é o caso daqueles com grave comprometimento do nível de consciência. Nessa população, parece que ela pode facilitar o desmame, reduzindo, com segurança, a exposição dos pacientes aos riscos da VM e, assim, ter um impacto positivo sobre a mortalidade (PINHEIRO, 2010).

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para que a efetiva assistência de enfermagem ao paciente traqueostomizado seja alcançada, se faz necessária uma assistência planejada, individualizada e holística, sendo a educação em saúde uma ferramenta que valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais, aliados ao processo de promoção da saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011 apud CASTRO et al., 2014). Um cuidado fundamental que a equipe de enfermagem deve adotar como atribuição diária é a educação de pacientes, familiares e cuidadores sob sua responsabilidade, principalmente tratando-se de pacientes que serão

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017



submetidos à cirurgia com grandes modificações fisiológicas e psicológica, como no caso dos que se submetem a traqueostomização (LENZA et al., 2013).

Os cuidados de enfermagem com a cânula de traqueostomia são orientados por Mortonet al. (2007 apud COREN/SP 2013), e na fase aguda envolvem afixação adequada, manutenção do balão com volume e pressão mínimos para obstruir a via aérea sem extravasamento de ar, evitar tracionar a cânula, contenção e/ou orientação do paciente,controle da dor, mudança de fixação (cadarço) e curativo frequentes, além de limpeza do estomae da cânula por meio da aspiração endotraqueal e em caso de sonda metálica, o cuidado rotineiro com atraqueostomia consiste em limpar pelo menos a cada 8 horas e trocar a cânula interna diariamenteou de acordo com o protocolo da instituição.

O cuidado com a traqueostomia constitui-se em desafio para os profissionais da enfermagem, pois envolve habilidades de observação e detecção precoce de sinais de complicações, tais como sangramento, infecção no estoma, obstrução e pneumonia. Por outro lado, diante desse cotidiano, os desafios para a enfermeira não se limitam apenas a ter conhecimentos técnicos científicos para realizar o cuidado com a traqueostomia, mas oferecer os cuidados ao paciente contemplando os aspectos biopsicossocial e espiritual (FREITAS, 2012).

A aspiração é uma parte essencial do cuidado de enfermagem na traqueostomia, com alguns pacientes com mais necessidades que outros, é interessante saber que a aspiração ideal é aquela que, quando realizada, remove a maior quantidade de secreção, com um mínimo de dano ao tecido e um mínimo de hipóxia (FARIAS; FREIRE; RAMOS, 2006).

Portanto a assistência de enfermagem ao traqueostomizado tem respaldo legal, que conforme Parecer COREN/BA 012/2015 diz que

> Entendemos que o profissional enfermeiro, dentro do âmbito da equipe de enfermagem, tem competência legal e cientifica para manipular, realizar a troca da cânula descartável ou metálica da traqueotomia em âmbito domiciliar desde que a indicação do tipo da cânula e o desmame da mesma estejam prescritos pelo profissional médico. Ressaltamos a importância de o enfermeiro certificar-se de que o pertuito cutâneo traqueal esteja bem estabelecido, garantindo que não haja perda da via artificial e sinta-se tecnicamente capacitado para tal, para que seu ato não venha implicar em imperícia, negligência ou imprudência. Vale lembrar a importância dos Enfermeiros em respaldar suas ações em protocolos institucionais que padronize os cuidados prestados e que as ações descritas devem ser fomentadas pela elaboração efetiva da

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) prevista na Resolução COFEN 358/09.

Assim, complementando e reafirmando, Castro et al. (2014) apresenta condutas que podem e devem ser assumidas com perícia pela enfermagem ao paciente envolvido no processo de traqueostomia, que é a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em que no decorrer de todo o seu valioso processo se pode aplicar o fornecimento de informações, conhecimentos e habilidades sobre a cirurgia e suas consequências, que facilitarão a adaptação do paciente às novas condições e o tornará participante na sua preparação e recuperação.

Porém, Barichello (2002 apud FREITAS, 2012) nos orienta a ficarmos atentos para que não percamos a nossa essência diante dos desafios, enquanto enfermeiros envolvidos em um contexto hospitalar, mas precisamente de uma Unidade de Terapia Intensiva, explica que não devem se limitar apenas a ter conhecimentos técnicos científicos para realizar o cuidado com a traqueostomia, mas oferecer sempre os cuidados ao paciente contemplando e considerando todos os seus aspectos biopsicossocial e espiritual.

Desta forma, a valorização da comunicação do traqueostomizado é divulgada nos estudos de Gaspar (et al., 2015), que diz que a partir da comunicação desenvolvida com o paciente, pode identificar suas necessidades, informar e esclarecer sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, promover o relacionamento do paciente com outros pacientes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, desenvolver educação em saúde, trocar de experiências e mudança de comportamentos, entre outros. Estes são alguns dos papeis da comunicação em que a equipe de enfermagem pode estar envolvida, o que não impede que o paciente seja também sujeito ativo destas ações.

## CONCLUSÃO

Com a realização do estudo se verificou na literatura pesquisada que são bem conhecidas as indicações e os benefícios para a realização da traqueostomia, porém as complicações e os riscos ainda necessitam melhores esclarecimentos. Constatou-se, e reafirmou-se que a educação em saúde é uma ferramenta de grande valia para sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente traqueostomizado, para com isso se puder prestar o cuidado, em seu sentido mais amplo, que é inerente à enfermagem.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017



De modo geral, à luz do olhar do enfermeiro, podemos concluir que se faz necessário ao paciente traqueostomizado o cuidado e acompanhamento que deve ser individualizado, holístico e multidisciplinar, sob a perspectiva da humanização na assistência. Assim, espera-se que este estudo contribua para o crescimento científico na temática de traqueostomia e enfermagem, pois o que foi verificado, por meio da pesquisa para a construção desse estudo,é que essa temática ainda é incipiente diante da realidade que é o referido procedimento nas Unidades de Terapia Intensiva, sob uma assistência multidisciplinar, e em especial à luz do olhar da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

CASTRO, A. P. et al. Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2014; 60(4): 305-313. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v04/pdf/04-artigo-educacao-em-saude-na-atencao-ao-paciente-traqueostomizado-percepcao-de-profissionais-de-enfermagem-e-cuidadores.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM BAHIA – BA.** Troca de cânula de traqueostomia pelo Enfermeiro em domicilio Nº 012/15. Disponível em: < http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0122015_17394.html> Acesso em: 25 Jul. 2015.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SANTA CATARINA - SC.** Parecer Técnico Nº 006/CT/2015. Atividades profissionais de Enfermagem / Área cirúrgica: troca de cânula de traqueostomia. Disponível em: < http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-006-2015-troca-de-c%C3%A2nula-de-traqueostomia-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-complexidade.pdf > Acesso em: 25 Jul. 2015.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SANTA SÃO PAULO – SP**. Troca de Cânula de Traqueostomia por Enfermeiro. Parecer Nº 006/2013 – CT. Disponível em: < http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_6.pdf > Acesso em: 25 Jul. 2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

FARIAS G.M.; FREIRE, I.L.S.; RAMOS, C.S. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal-RN. **Revista Eletrônica Enfermagem.** 2006. Disponível em: <htpp://www.fen.ufg.br/revista/revista8>. Acesso em: 19 de Jul. 2015.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANNA,D.L.; MACHADO,C.A. M. **Tratado Prático de Enfermagem.** vol.2, 2ª Ed ,São Paulo:Yendis,2008.

FREITAS, A. A. S**. Os Cuidados Cotidianos Aos Homens Adultos Hospitalizados Com Traqueostomia Por Câncer Na Laringe.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2012. 244 f. il.2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/17-revisao-dissertacao-cuidados-cotidianos-homens-adultos-hospitalizados-traqueostomia-cancer-laringe.pdf>Acesso em: 25 Jul. 2015.

FRAGA, J. C.; SOUZA, J. C. K; KRUEL, J. Traqueostomia na criança. **Jornal de Pediatria** - Vol. 85, Nº 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n2/v85n2a03.pdf> Acesso em: 27 Ago. 2015.

GASPAR, M. R. F. et al. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizado. Rev. CEFAC vol.17 no. 3 São Paulo May/June 2015. Dsponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516 -18462015000300734> Acesso em: 14 Ago. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
MARSICO, P. S; MARSICO, G. A. Traqueostomia. Pulmão RJ 2010; 19(1-2): 24-32. Disponível em: < http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2010/n_01-02/06.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

GOLDWASSER, R.et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2007, vol.19, n.3, pp. 384-392. ISSN 1982-4335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300021. > Acesso em: 08 Set. 2015.

LENZA, N. F. B. et al. Fístula Faringocutânea em paciente oncológico: implicações para a enfermagem. **Rev.Bras.Cancerol.** 2013 Mar; 59(1): 89-94.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

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. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/viewFile/100/u2013v10n20e69> Acesso em: 25 Jul. 2015.

OLIVEIRA, C. D. et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Rev.Bras. Ter Intensiva. 2010; 22(1): 47-52. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011 /n_03/09.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

PINHEIRO, B. V. et al. Traqueostomia precoce versus traqueostomia tardia em pacientes com lesão cerebral aguda grave. **J BrasPneumol**. 2010;36(1):84-91. Disponível em: <file:///C:/Users/MariaJuraci/Downloads/2010_36_1_14_portugues.pdf> Acesso em: 25 Ago. 2015.

RICZ, H. M. A. et al. Traqueostomia. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2011; 44(1): 63-9. Disponível em: < http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7_Traqueostomia.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

SILVA, T. B**. Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal:** Prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica.Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)—Universidade de Brasília. Brasília: 2014. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/handle/10482/16156> Acesso em: 25 Jul. 2015.

SILVA, L. C. et al**. Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Traqueostomia por Estenose Traqueal**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação sociale Sustentabilidade Ambiental. Disponível em:<http://www.abeneventos. com.br/anais_61cben/files/01214.pdf> Aceso em: 15 Ago 2015.

SILVA, V. S.; SOUZA, L. C. N. A. Traqueostomia em crianças: indicações, cuidados e acompanhamento – revisão de literatura e proposta de protocolo. **In Monografia.** 2008. Disponível em: < http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Monografia-2008-Traqueostomia.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

**Artigo**

TEDDE, M. L.; TOGORO, S. Y.; HIGA, R. M. Traqueostomia percutânea. **Pulmão RJ** 2011;20(2):59-63. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011/n_02/11.pdf> Acesso em 28 Ago. 2015.

VIANNA, A.; PALAZZO, R. F.; ARAGON, C. Traqueostomia: uma revisão atualizada. **Pulmão RJ 2011;20(3): 39-42 3**. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011/n_03/09.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.