

OPTIMIZAÇÃO DE OSTOMIAS DE VENTILAÇÃO

Juliana Maria da Silva Santos

Especialidade em Enfermagem Comunitária

Mestranda do Curso de Natureza Profissional em Enfermagem Comunitária.

Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

Carla Elisabete Martins de Faria

Especialidade em Enfermagem Comunitária

Mestranda do Curso de Natureza Profissional em Enfermagem Comunitária.

Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

O doente traqueostomizado requer cuidados específicos. Todos os enfermeiros devem ser capazes de executar técnicas, reconhecer materiais e ensinar/instruir/treinar o doente e o cuidador a otimizar a ostomia de ventilação. Reconhecendo que ainda existem défices de conhecimentos técnicos dentro do grupo profissional de enfermagem, tanto nos cuidados de saúde diferenciados como nos cuidados de saúde primários, que permitam segurança e acção assertiva, foi redigido este artigo com o objectivo de apresentar conceitos, indicar cuidados e dar a conhecer a realidade do doente traqueostomizado.

PALAVRAS-CHAVE: ostomia de ventilação; traqueostomia; traqueotomia; cânula; mudança de cânula; traqueostomizado; ensino; cuidador; humidificação; aspiração de secreções; alteração da imagem corporal; alteração da comunicação; reinserção social.

The tracheostomized patient requires specific care. All nurses should be able to implement techniques, recognize materials and teach/instruct/train the patient and caregivers to optimize ostomy ventilation. Recognizing that there are still shortages of technical expertise within the profession of nursing, both in specialized and primary healthcare, enabling safety and assertive action, this article was written with the aim of presenting concepts, to show adequate cares and to illustrate the reality of the tracheostomized patients.

KEYWORDS: ostomy ventilation; tracheostomy; tracheotomy; cannula; change of cannula; tracheostomized patient; teaching; caregiver; humidification; aspiration of secretions; alteration in body image; alteration in communication; social reintegration.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro assume um papel importante na prestação de cuidados ao doente traqueostomizado. O seu papel ultrapassa a simples execução técnica dos cuidados, sendo fundamental o seu papel educativo, ao promover/reforçar o autocuidado relacionado com a manutenção da via aérea permeável.

Como enfermeiras, com uma experiência de mais de 10 anos de trabalho com doentes do foro cirúrgico

de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço, tem sido possível observar que ainda existem dificuldades, tanto na comunidade como nos cuidados de saúde diferenciados, na prestação de cuidados a este tipo de doentes, nomeadamente no que diz respeito à optimização das ostomias de ventilação. O problema foi identificado na prática diária e baseia-se na inexistência de competências técnico-científicas dos profissionais de saúde para a prestação de cuidados a doentes portadores de ostomias

de ventilação que permitam agir com conhecimento e segurança, de modo a satisfazer as necessidades dos utentes. Este problema emergiu através da comunicação estabelecida com informadores-chave, realizada de uma forma informal, ao longo do tempo. Os informadores-chave que levaram a estabelecer esta temática como uma prioridade em saúde foram:

- **Os doentes**, que diariamente se dirigem à sala de pensos da consulta externa de Otorrinolaringologia no IPOFG, EPE para realizar a optimização da sua cânula (independentemente da distância percorrida), referindo que nas suas unidades de saúde não obtêm respostas que os satisfaçam, a nível da presença de material necessário, informação, procedimentos e técnicas;
- **A assistente social do IPOFG, EPE**, que manifesta dificuldade em obter colaboração das unidades de saúde da comunidade, sempre que estas são solicitadas para a prestação de cuidados a um doente portador de uma ostomia de ventilação. Refere que os profissionais dizem possuir pouca destreza e competência técnica;
- **Os enfermeiros do Serviço de Oncologia Cirúrgica – Piso 6**, que são regularmente contactados, telefonicamente, por enfermeiros dos cuidados de saúde primários e de serviços dos cuidados de saúde diferenciados, que requisitam assistência e informação sobre a optimização de uma traqueostomia e que pedem esclarecimentos de situações específicas relacionadas com as ostomias de ventilação; Considerando que este é um *know-how* específico dos prestadores habituais destes cuidados, este artigo pretende ser um guia orientador para todos os enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem inerentes ao doente portador de uma ostomia de ventilação, tendo por base a prática baseada na evidência, sendo que a evidência resulta do consenso de especialistas e experiência clínica comprovada pelos profissionais médicos e de enfermagem do IPOFG, EPE.

Conceitos

As ostomias de ventilação são realizadas para permitir a passagem do ar, por obstrução nas estruturas laríngeas e supralaríngeas, facultando o acesso às vias

respiratórias inferiores. Uma **traqueotomia** é um processo através do qual se realiza uma traqueostomia. Consiste numa incisão da parede anterior da traqueia, praticada em caso de obstáculo ao nível da faringe ou da laringe que impeça a chegada do ar aos pulmões. A incisão da traqueia pode ser ao nível dos dois primeiros anéis (traqueotomia alta) ou abaixo do istmo da glândula tiroideia (traqueotomia baixa). Se não for realizada uma sutura à pele, que cria um estoma, dizemos que o doente é portador de uma traquetomia. Normalmente este é um procedimento temporário, e muitas vezes emergente.

Uma **traqueostomia** (ou **ostomia de ventilação**), semelhante à traqueotomia, consiste na intervenção cirúrgica na qual é feita uma abertura na traqueia, **suturando-a**, em seguida, ao orifício cutâneo subjacente, mantendo-se assim a abertura das vias aéreas para o exterior. Esta pode ser temporária ou definitiva.

As traqueostomias estão indicadas em:

- Obstruções respiratórias altas, laríngeas ou acima causadas por: tumor; acumulação excessiva de exsudados; corpos estranhos; processo infeccioso; processos inflamatórios agudos; trauma; queimaduras e corrosivos; anomalia congénita; apneia do sono; processo inflamatório crónico;
- Insuficiência respiratória prolongada por idade avançada, fraqueza ou doenças neuromusculares, que levam a entubação oro-traqueal com duração de muitos dias devido a acumulação de secreções;
- Tempo prévio ou complementar a outras cirurgias;
- Suporte ventilatório em pacientes que estão expostos a uma variedade de complicações tardias decorrentes da entubação traqueal prolongada;
- Para ajudar na “clearance” de secreções do trato respiratório inferior.

É necessário uma técnica meticulosa, ter um ambiente cirúrgico adequado, escolher correctamente as cânulas, e proporcionar cuidados pós-operatórios adequados, de modo a evitar complicações. Estas condições poderão não existir numa situação emergente.

As complicações podem ser divididas em três grupos: intra-operatórias, complicações precoces e complicações tardias. Estas estão expostas na tabela 1.

Tabela 1. Complicações de traqueostomia		
1. Intra-operatórias	2. Complicações precoces	3. Complicações tardias
a) Hemorragia	a) Hemorragia	a) Estenose traqueal e subglótica
b) Mau posicionamento do tubo	b) Infecção da ferida	b) Fístula traqueo-inominada (-1%)
c) Laceração traqueal e fístula traqueo-esofágica	c) Enfisema subcutâneo	c) Fístula traqueo-esofágica (Fig. 2)
d) Lesão do nervo laríngeo recorrente	d) Obstrução da cânula	d) Fístula traqueo-cutânea
e) Pneumotorax	e) Desposicionamento	e) Dificuldade de extubação
f) Paragem cardiorespiratória	f) Disfagia	

Extraído de Souza, Wilson Torres (1998).



Fig. 1 – Traqueostoma



Fig. 2 – Fístulas traqueo-esofágicas

Uma **cânula de traqueostomia** consiste numa peça angulada, oca, cuja função é modelar ou manter patente o traqueostoma, para manter a permeabilidade das vias aéreas.

Existem vários tipos de cânulas, de entre as quais se destacam as rígidas (ex. **Jackson**) e as flexíveis (ex. **Shilley** e **Portex**). Variam de acordo com o seu diâme-

tro interno, ângulo de curvatura, mecanismo de fecho, cuffs, válvulas e fenestras.

As cânulas podem ser:

Cânulas rígidas – são de metal, normalmente em prata por este material ser bem tolerado pela pele que rodeia o traqueostoma, evitando assim a irritação da mesma (Fig. 3).

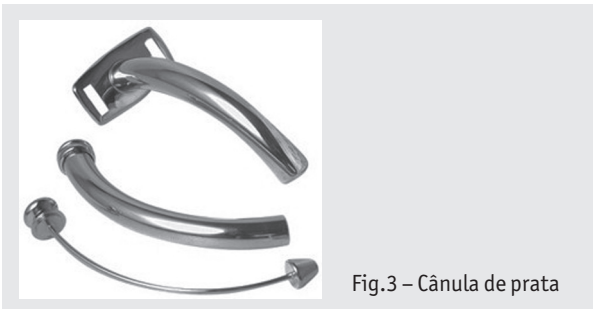


Fig.3 – Cânula de prata



Fig. 4 – Cânula flexível simples, sem cuff

Cânulas flexíveis – são confeccionadas em materiais plásticos como o PVC, o silicone ou o látex. (Fig. 4) Podemos classificar as cânulas em:



As cânulas **com cuff** (Fig. 5) são confeccionadas de material plástico e possuem um balão insuflável na sua extremidade distal. Quando insuflado com uma seringa, adapta-se à forma natural da traqueia, permitindo uma selagem efectiva da via aérea, porém de baixa pressão, de modo a que todo o ar insuflado por um ventilador se dirija aos pulmões. Emprega-se (1) na ventilação quando esta deve fazer-se sem fugas; (2) quando é necessário proteger a via aérea do risco de aspiração de material procedente do estômago (por. ex. em doentes com problemas na deglutição), ou (3) numa situação de emergência para impedir a aspiração de sangue devido a uma lesão superior ao local da traqueostomia.

O **cuff** é fabricado do mesmo material que a cânula e caracteriza-se por uma parede fina, de grande volume e de baixa pressão que reduz o risco de isquemia da parede da traqueia. A via de insuflação do balão tem uma válvula de ar unidireccional, com um **balão piloto**, ou cuff piloto, integrado para indicar se o balão interior se encontra insuflado. Os cuffs devem ser insuflados com ar. Os que causam menos lesão traqueal são os que proporcionam baixa pressão e grande volume de insuflação. Confeccionados de finas membranas plásticas com grande complacência, alteram pouco a irrigação da mucosa da traqueia. Causam menos estenose da traqueia por formação de granuloma que as cânulas de baixo volume e alta pressão.

Os cuffs têm por função (1) centralizar o tubo, (2) permitir a ventilação sob pressão positiva e (3) prevenir a aspiração. **Cânulas de traqueostomia com duplo cuff** permitem a insuflação e desinsuflação alternada entre os dois cuffs, de modo a reduzir o risco de trauma da traqueia (Fig. 6).

As cânulas **simples ou sem cuff** (Fig. 4) permitem a livre circulação do ar à volta da cânula. Por não pos-

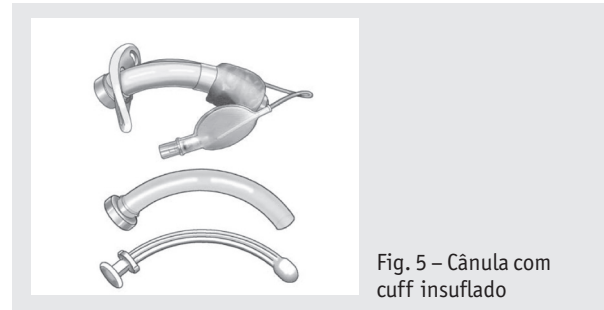


Fig. 5 – Cânula com cuff insuflado

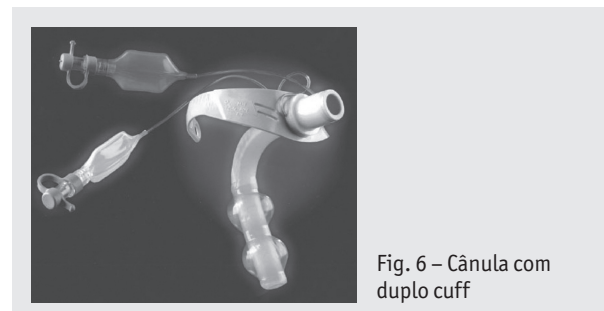


Fig. 6 – Cânula com duplo cuff

suírem cuff, reduzem o risco de lesão da traqueia. São mais utilizadas na ventilação espontânea.

As cânulas **fenestradas** (Fig. 7) podem ser de qualquer material, com ou sem cuff, sendo caracterizadas pela presença de um orifício, a **fenestra**, na sua parte superior. Esta fenestra permite a passagem do ar, quando este é expulso dos pulmões, para a laringe e boca, sempre que se tape a extremidade proximal da cânula. Deste modo, a circulação do ar através das cordas vocais permitirá a fonação. As cânulas podem também possuir, ou não, uma cânula interna, sendo aquilo a que se denomina de cânula dupla (Fig. 8).



Fig. 7 – Cânulas fenestradas



Fig. 8 – Cãnula fenestrada dupla

A **cãnula externa** é aquela que está em contacto com a traqueia, possuindo na porção que está em contacto com o pescoço uma espécie de bandas que, com o auxílio do fio de nastro, permite a fixação da cãnula. A **cãnula interna** é aquela que se desliza por dentro da externa, sendo de um calibre ligeiramente inferior. As cãnulas contêm no seu lúmen um mandril ou obturador, que é um pouco mais longo que a cãnula e de ponta romba. A sua utilização facilita o acesso à luz traqueal, pois funciona como um condutor que auxilia na introdução da cãnula na traqueia, devendo ser removido imediatamente após a inserção da mesma. Nas cãnulas duplas, este substitui a cãnula interna durante a inserção, devendo depois ser trocada por esta. Existem cãnulas duplas com e sem cuff, e com e sem fenestra.

A **cãnula dupla** deve ser utilizada em situações especiais, uma vez que permitem a mudança da cãnula externa apenas uma vez por semana, e uma mudança diária da cãnula interna. São utilizadas em estomas difíceis ou mal construídos, que não permitam uma fácil troca da cãnula, seja por estenose do mesmo ou oclusão devida à presença de uma massa. Devem também ser utilizadas quando o doente evidencia dificuldades em efectuar a troca da cãnula diariamente, seja por impos-

sibilidade física, falta de cuidador ou défice de conhecimento. Os enfermeiros devem incentivar a utilização de uma cãnula simples, com troca diária da mesma, no sentido de prevenir infecções respiratórias. Deste modo, é necessário realizar ensinamentos ao doente/cuidador a partir do pós-operatório imediato.

Normalmente o **tamanho da cãnula de traqueostomia** é definido pelo diâmetro do anel traqueal. O calibre das cãnulas é indicado através de uma numeração, à qual o maior valor numérico corresponde o maior calibre. O calibre da cãnula que um doente requer depende do tamanho do seu estoma. Este, foi determinado pelo cirurgião como o adequado para manter as suas necessidades de ventilação. É necessário, ter em conta que entre as diferentes marcas comerciais os valores numéricos do calibre podem não coincidir.

Existem ainda **cãnulas de traqueostomia com flange ajustável** (Fig. 9) para utilização em doentes com profundidade anormal da pele à traqueia, devido a edema, obesidade ou presença de tumor. É de uso único e pode permanecer, segundo o fabricante, até 30 dias no estoma, desde que sejam realizadas nebulizações e aspirações regulares que assegurem a permeabilidade do tubo. Pode ser obtido acesso ao local do estoma para prestação de cuidados de higiene ao mesmo, folgando as fitas de nastro e libertando o parafuso na flange girando na direcção anti-horária. A flange poderá então ser deslizada para a frente.

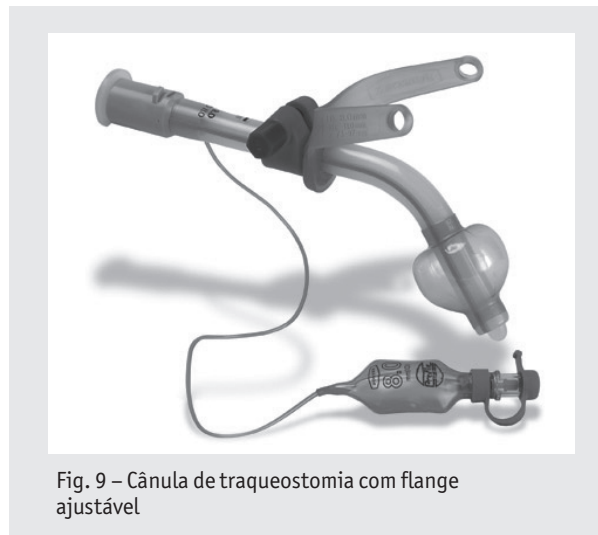


Fig. 9 – Cãnula de traqueostomia com flange ajustável

Optimização de Ostomias de Ventilação

Sejam de carácter definitivo ou temporário, os objectivos da optimização das ostomias de ventilação são:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas (livre de coágulos e de muco);
- Prevenir infecção do estoma e pele circundante;
- Prevenir infecção respiratória.

O ar inspirado pelo nariz, além de filtrado à medida que desce pelo tracto respiratório superior, é humidificado. Cerca de 75% da humidificação ocorre na naso-faringe, sendo que somente 25% se dá abaixo da faringe. Ao contornar este mecanismo, verifica-se uma perda considerável de calor e humidade, que seca as mucosas e as secreções, pois a traqueia está mal equipada para aquecer e humidificar o ar inspirado. Como consequência da inspiração de ar seco e frio ou oxigénio, ocorre redução do transporte de muco, secura da mucosa e secreções, que pode levar a formação de atelectasias, traqueíte, infecções respiratórias, obstrução das vias aéreas inferiores e morte.

• Humidificação e filtração

A **humidificação** e a **filtração** do ar são vitais. O doente portador de uma traqueostomia deve manter-se bem hidratado, uma vez que as membranas mucosas ficarão mais secas num doente desidratado, reduzindo o transporte das secreções, causando a sua retenção e espessamento. O ar inspirado é sempre totalmente saturado abaixo da carina. Por conseguinte, a humidificação artificial deve ser usada somente para compensar os défices de humidade das vias aéreas superiores, faringe, laringe e traqueia.

O objectivo primário da humidificação é mobilizar as secreções traqueo-brônquicas sem sobrecarregar o tracto respiratório inferior. Existem numerosos humidificadores disponíveis no mercado. Se não for possível utilizar um destes aparelhos, a humidificação artificial pode ser improvisada através da respiração de vapor de água num recipiente de água quente. O banho oferece uma boa oportunidade de humidificar, devido ao vapor de água produzido. No entanto, deve ser ensinado ao doente a proteger o seu estoma da entrada de água.

Para evitar a entrada de corpos estranhos na via respiratória, devemos educar o doente a proteger o estoma quando em ambientes com poeiras e fumos. Para tal,

pode ser utilizado um lenço em torno do estoma, que permita a circulação do ar mas que impeça a entrada de corpos estranhos. Também existem filtros que se podem adaptar ao estoma (Fig. 10).

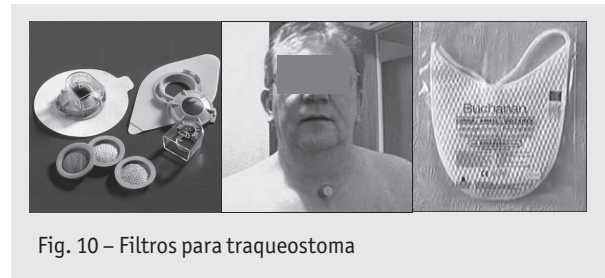


Fig. 10 – Filtros para traqueostoma

• Aspiração de secreções

É raro um doente requerer **aspiração de secreções** em casa. Ele deve ser incentivado a realizar nebulizações e a tossir vigorosamente. As indicações para a realização de aspiração de secreções são: ausência de reflexo da tosse; reflexo da tosse deprimido; tosse inadequada. As complicações mais comuns da aspiração são: dano da mucosa; hipoxia; colapso pulmonar; perfuração pulmonar.

A **pressão de aspiração** no adulto não deve exceder os 120–150 mmHg nos adultos e 70–100 mmHg nas crianças quando se efectua uma aspiração traqueal. Este cuidado é necessário para evitar traumatismo à mucosa traqueal e ao sistema mucociliar, assim como evitar atelectasias (Glass & Grap 1995, Carol 1994).

Muitos doentes referem posteriormente que o acto de aspiração é traumático, dando a impressão que os seus pulmões vão ser aspirados para o tubo e que vão morrer asfixiados. Por isso, é necessário cuidado com a pressão de aspiração e com o **tempo de aspiração** – este não deve ultrapassar os 10–15 segundos (Boggs, 1993; Odell et al, 1993). Poderá ser necessário oxigenar o doente entre aspirações de secreções, especialmente quando se realizam aspirações profundas. Uma aspiração prolongada pode resultar em hipoxia.

Se o doente utiliza uma cânula dupla fenestrada, é recomendado trocar a cânula interna por outra não fenestrada, pois pode ocorrer a sonda de aspiração inserir-se na fenestra durante a aspiração e provocar dano na parede de traqueia.

O **diâmetro da sonda de aspiração** depende do diâmetro da cânula de traqueostomia. Quanto maior for o número da cânula, maior será o diâmetro da sonda de aspiração. Recomenda-se a utilização de uma sonda de aspiração cujo diâmetro seja cerca de metade do diâmetro da cânula de traqueostomia, pois irá permitir a circulação do ar durante a aspiração.

A técnica de aspiração de secreções deve ser uma técnica asséptica em meio hospitalar. No domicílio, esta pode ser difícil ou mesmo impossível. Daí ser necessário que a técnica seja o mais limpa possível.

- **Cuidados ao estoma e pele peri-estomal**

O estoma deve ser mantido limpo e seco. Pensos absorventes próprios para traqueostomia (Fig. 11) ou compressas dobradas (Fig. 12) que se utilizem para absorver a umidade e secreções devem ser trocados com a frequência necessária, para manter o estoma limpo e seco. Pensos sujos e húmidos estimulam o crescimento de bactérias que podem causar infecções na pele e infecções respiratórias.

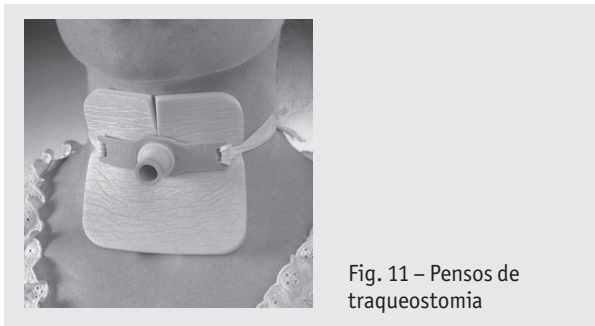


Fig. 11 – Pensos de traqueostomia

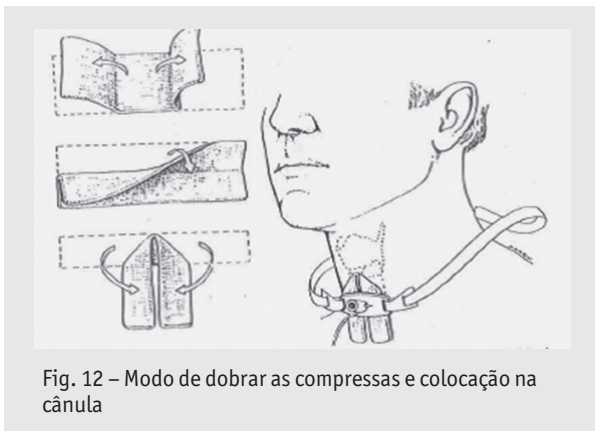


Fig. 12 – Modo de dobrar as compressas e colocação na cânula

O estoma deve ser inspecionado diariamente para a presença de crostas, que devem ser removidas com soro fisiológico e o auxílio de pinças esterilizadas, se necessário. Não deve haver apreensão em inserir a pinça dentro do estoma para remover as crostas. A humidificação é essencial na prevenção da formação de crostas. Há que ter o cuidado de usar dardos de gaze ou compressas bem “torcidas” de modo a evitar a entrada de soro fisiológico para dentro do estoma, como é ilustrado na Fig. 13.



Fig 13 – Lavagem do estoma



Fig. 14 – Cavilon™

Se a pele peri-estoma se apresentar ligeiramente ruborizada, ou demasiado exposta à umidade e secreções, deve ser protegida com uma “barreira” em creme ou spray, tipo Cavilon™, antes que a integridade da mesma esteja comprometida (Fig. 14).

Também se deve vigiar o aparecimento de granulomas (Fig. 15) no estoma, definido como exuberância de tecido de granulação durante a fase proliferativa da

cicatrização e uma ausência de epitelização, impedindo assim a fase de maturação da cicatrização (Young, 1995). Como em qualquer outra ferida, o tecido de hipergranulação (granuloma) pode desenvolver-se à volta de um estoma de traqueostomia. É sugerido que a hipergranulação ocorre quando existe uma infecção, edema ou corpos estranhos no leito de uma ferida. O estoma pode estar exposto a qualquer um destes factores:

- Excesso de bactérias na ferida pode resultar em infecção (Nelson, 1999);
- A cânula de traqueostomia pode causar fricção no estoma e resultar em inflamação (Hanlon, 1994);
- Fibras de um penso não apropriado podem agir como corpo estranho (Nelson, 1999).

A hipergranulação pode impedir a epitelização e a cicatrização e prolongar a resposta inflamatória (Stansfield, 2002). Se não for tratada, pode levar à contracção do tecido, e consequentemente do estoma (Dunford, 1999).

As medidas a tomar perante a evidência de um granuloma do estoma são:

- Fixar bem a cânula com a fita de nastro, reduzindo a fricção da cânula no estoma;
- Aplicação tópica de nitrato de prata 95% para cauterizar a hipergranulação. Este tipo de tratamento deve ser aplicado com moderação pois pode deixar tecido necrótico na ferida; provocar uma coloração anormal, de cor ardósia ou acastanhada, dos tegumentos, secundária ao contacto profissional com sais de prata ou à sua administração terapêutica prolongada (argíria); pode causar desconforto ao doente (Dunford, 1999); trauma adicional pode iniciar nova fase inflamatória da cicatrização; pode provocar queimadura da pele saudável que rodeia o estoma; ou
- Utilização de penso de espuma de poliuretano com elevada taxa de transmissão de humidade, que reduzem a hipergranulação (Ex. Lyofoam T™ ou Allevyn™ Tracheostomy); ou
- Aplicação de corticóide (creme ou pomada) apenas no granuloma durante 3 dias. Se não apresentar melhoras, será conveniente encaminhar o doente para o seu médico; ou
- Remoção cirúrgica, que pode resultar em hemor-

ragia pelo que deve ser realizada pelo médico do doente, ou na sua presença.

Enquanto a cânula de traqueostomia permanecer *in situ*, é pouco provável que a hipergranulação se resolva. Esta pode aumentar o tamanho do estoma e formar uma cicatriz. Isto pode ser significativo quando se pretender encerrar o estoma (em traqueostomias temporárias), pois a cicatriz em volta do estoma pode provocar atraso na cicatrização. Se a hipergranulação se estender para dentro do estoma, pode estreitar o estoma comprometendo a passagem do ar.



Fig. 15 – Granuloma peri-estoma

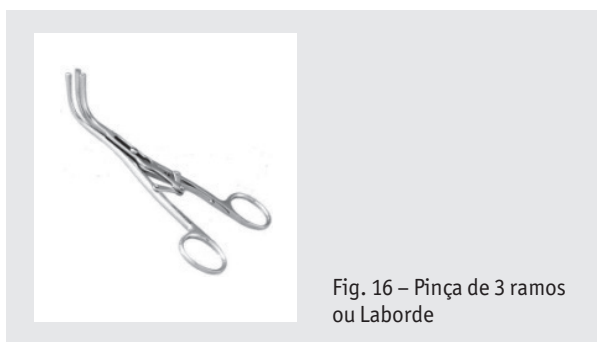
• Mudança da cânula de traqueostomia

A mudança de uma cânula de traqueostomia envolve determinados procedimentos e cuidados. As cânulas de traqueostomia devem ser mudadas uma vez por dia quando utilizamos cânulas simples, e uma vez por semana quando utilizamos cânulas duplas (a cânula interna deve ser trocada e lavada diariamente).

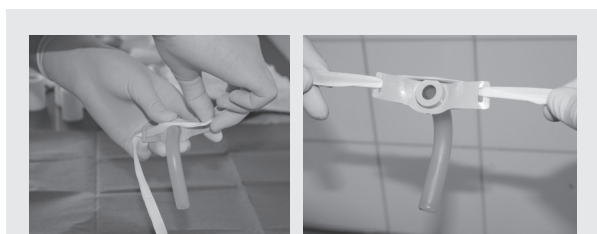
A privacidade do doente deve ser sempre respeitada e todo o procedimento deve ser explicado previamente de modo a obter-se a colaboração do mesmo. Deve utilizar-se sempre uma técnica asséptica, enquanto existirem pontos no traqueostoma.

É essencial uma correcta lavagem das mãos antes de realizar qualquer procedimento ou tocar no material. Isto deve ser ensinado ao doente, como um cuidado a ter no domicílio, no sentido de prevenir infecção. Em seguida, é essencial reunir todo o material necessário. Este consiste em: cânula de traqueostomia esterilizada, com número adequado à ostomia de ventilação; fita de nastro ou banda de velcro; soluto de limpeza (soro

fisiológico); peróxido de hidrogénio; dardos de gazes; gel lubrificante hidrossolúvel estéril, de uso único; placa para traqueostomia ou compressas de algodão dobradas; Cavilon spray; luvas; avental; recipiente para o material sujo; aspirador de secreções; sondas de aspiração. Se o procedimento for realizado num *setting* hospitalar, é recomendado o uso de luvas esterilizadas; isto, no entanto, não invalida que a preparação da cânula ocorra sem haver conspurcação da tubuladura da mesma. Se estivermos perante um estoma não suturado ou que corra o risco de estenotar, será recomendável ter por perto uma pinça de 3 ramos ou pinça de Laborde, que permitirá a rápida abertura do estoma (Fig. 16).



Depois de todo o material estar disposto de uma forma funcional, convém preparar a cânula de traqueostomia. Este procedimento deve sempre ocorrer antes de se remover a cânula do doente, pois pode ser necessário inserir a nova cânula rapidamente, devido a estenose do estoma ou outra complicação. A preparação da cânula de traqueostomia consiste na adaptação da fita de nastro (Fig. 17), ou banda de velcro, assim como da placa de traqueostomia ou compressas dobradas (Fig. 18).



Alguns estomas, devido à sua dimensão, poderão requerer uma lubrificação da cânula de modo a facilitar a entrada da mesma na traqueia. Se existirem muitas secreções, ou se o doente possuir uma cânula com cuff, poderá ser necessário realizar aspiração de secreções através da cânula e sobre o cuff, de modo a permeabilizar o estoma e vias aéreas antes de remover a cânula de traqueostomia e prevenir aspiração para a árvore brônquica.

O doente deve posicionar-se com o pescoço em extensão para favorecer a descida do diafragma, proporcionando uma respiração mais eficaz e, prevenir oclusão do estoma aquando da remoção da cânula, devido a dobras existentes na pele.

A cânula deve ser removida num movimento firme e rápido, pedindo ao doente para expirar, evitando assim irritação da traqueia e hipoxia provocada pela oclusão do estoma (a expiração consciente reduz o reflexo da tosse, sendo mais confortável para o doente). Em seguida, deve-se observar as características do estoma e pele circundante, vigiando o aparecimento de granulomas, fistulas e maceração da pele peri-traqueostoma.

O estoma e região peri-estomal devem ser lavados utilizando um dardo de gaze humidificado em soro fisiológico, utilizando movimentos circulares, de dentro para fora, evitando a entrada de qualquer substância no estoma, como ilustrado anteriormente na Fig. 13. A secagem desenvolve-se da mesma forma, utilizando um dardo de gaze seco.

Para inserir a nova cânula de traqueostomia, é conveniente pedir ao doente para inspirar, e inserir a cânula num movimento único e de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, como ilustrado na Fig. 19.



Fig. 19 – Inserção da cânula de traqueostomia

Em seguida, deve remover-se rapidamente o mandril da cânula, se a cânula utilizada possuir mandril, pois este impede o fluxo de ar. Ao mesmo tempo, deve-se segurar a cânula pois a inserção da mesma provoca irritação a nível da traqueia e estimula o reflexo da tosse e, conseqüentemente, pode provocar a exteriorização da mesma. A cânula deve ser fixa na zona lateral do pescoço com fita de nastro, dando apenas um nó e uma laçada, ou utilizar banda de velcro se disponível. O objectivo é facilitar o acesso ao nó da fita, pelo doente, de modo a que este a possa remover se sentir obstrução da mesma.

- **Outros aspectos a ter em conta:**

Há outros aspectos importantes a considerar na prestação de cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado.

A **imagem corporal** é a imagem que uma pessoa tem de si mesma, estando sujeita a influências tanto físicas como psicológicas; é o fundamento da identidade de uma pessoa, da sua auto-estima. A presença de uma

ostomia de ventilação perturba a percepção que a pessoa tem de si mesma. Alguns doentes expressam o seu stress e o seu medo ao recusar olhar o seu estoma ou envolver-se nos cuidados. É importante que o enfermeiro possua perícia ao criar um relacionamento interpessoal com o doente que sofre de uma alteração da imagem corporal, baseado na empatia, confiança e no toque. É função do enfermeiro ser capaz de promover o autocuidado.

O doente deve ser capaz de viver com a sua ostomia, quer esta esteja à vista de todos, quer esteja escondida. Existem diversos mecanismos que permitem ao doente sentir-se confortável e bem consigo mesmo, tais como t-shirts com golas que ocultam o estoma, mas permitem a ventilação, ou o uso de lenços. A reacção da família e amigos ao estoma pode ser também um factor de stress e angústia para o doente e irá afectar a forma como este se vê e se sente consigo mesmo.

Quanto às **alterações da comunicação**, existem algumas possibilidades de reabilitação vocal, dependendo da cirurgia realizada, que levou à conseqüente traqueostomia. Um doente laringectomizado total vê-se desprovido das suas cordas vocais e, como tal, apresenta afonia. Algumas soluções de fonação são: a emissão da voz esofágica, o uso da laringe electrónica, a construção cirúrgica de uma fístula traqueo-faríngea para a inserção da prótese fonatória, e os meios de menor qualidade como a voz bucal ou faríngea e a mímica labial. Existem ainda outras cirurgias, por exemplo a pelviglossectomia com mandibulectomia, esvaziamento cervical com reconstrução e traqueostomia temporária, que por serem mais alargadas, envolverem a exérese parcial de órgãos, como a língua e mandíbula, assim como a manipulação de músculos e nervos envolvidos na capacidade de articular as palavras, podem dificultar a fonação do doente, apesar de manter as cordas vocais. Neste caso, apesar do uso de uma cânula fenestrada, o doente não consegue articular mais do que uns sons específicos, não alcançando articular sílabas e algumas vogais. Desta forma, o doente poderá ter dificuldade em comunicar as suas dúvidas, as suas dificuldades, principalmente se se tratar de um doente analfabeto. É importante que o enfermeiro seja imaginativo e criativo, além de paciente, descobrindo alternativas à comunicação oral. Nunca se

deve fingir perceber o doente; nunca se deve falar mais alto do que o necessário – **o doente não tem dificuldade em nos perceber, nós é que temos dificuldade em o entender!**

Muitos doentes irão desenvolver uma resposta de dor e ansiedade, assim como passar por diferentes estádios de adaptação desde o reconhecimento da mudança que sofreu até à aceitação. Vários **mecanismos de defesa** e *coping*, como negação, ira, regressão, passividade e projecção, podem surgir durante este tempo e o enfermeiro necessita estar atento a estas reacções e agir sensivelmente caso ocorram. Poderá ser sempre útil ao doente colocá-lo em contacto com a Associação Portuguesa de Limitados da Voz, que colabora na reabilitação dos doentes através de um sistema de *coping*, de partilha de experiências e aconselhamento.

Dado que as intervenções de enfermagem definidas para os doentes portadores de ostomia de ventilação centram-se no **ensinar/instruir/treinar** o doente e o cuidador informal, a comunicação entre os enfermeiros e os alvos da prestação de cuidados assume um papel primordial, que não pode ser descurado. Se o doente não consegue transmitir as suas dúvidas, não conseguirá aprender o que lhe queremos ensinar.

A afonia e a alteração da imagem corporal modificam social e profissionalmente o modo de vida do indivíduo, causando problemas psicológicos e sociais que poderão fazer com que ele se sinta desmotivado para agir frente às situações, retardando a sua reabilitação. A dificuldade em comunicar leva a frustrações e diminuição da auto-estima dos indivíduos.

Conclusão

A responsabilidade dos cuidados deve ser partilhada pelos enfermeiros, utentes e cuidadores (familiares ou não) consoante as necessidades identificadas.

O enfermeiro, seja dos cuidados de saúde diferenciados ou dos cuidados de saúde primários, será sempre um cuidador e um educador: *Satisfazer as necessidades do doente é a primeira prioridade. Promover a sua independência e reinserção social, a segunda.*

BIBLIOGRAFIA

- Boggs, R.L. (1993). Airway Management. In BOGGS, R.L. & WOODRIDGE-KING, M. (eds). AACN Procedure Manual for Critical Care. (3ª ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Carroll, P. (1994). Safe suctioning. Registered Nurse, 57 (5), pp. 32-36.
- Dunford, C. (1999). Clinical concepts – Hypergranulation tissue. Journal of Wound Care, 8 (10), pp. 506-507.
- Glass, C.A. & Grap, M.J. (1995). Ten tips for safer suctioning. American Journal of Nursing, 95 (5), pp. 51-53.
- Hanlon, M., Heximer B. (1994) Excess granulation tissue around a gastrostomy tube exit site with peritubular skin irritation. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 21 (2), pp. 76-77.
- Nelson, L. (1999). Points of friction. Nursing Times. 95 (34), pp. 72-75.
- Odell, A., Allder, A., Bayne, R., Everett, C., Scott, S., Still, B. et al. (1993). Endotracheal suction for adult non-head injured patients: A review of literature. Intensive Critical Care Nursing, 9, pp. 274-278.
- Souza, Wilson Torres (1998). Traqueostomia. Revista Residência Médica. Recuperado em 2 Julho de 2009, de http://www.medstudents.com.br/residencia_medica/vol01n01/souza.htm
- Stansfield, G. (2002). Hypergranulation and its management. Wound Management Newsletter, pp. 10-11
- Young, T. (1995). Common problems in overgranulation. Practice Nurse. 6 (11), pp. 14-16.
- Zago, Márcia M. F.; Pedrolo, Flávia Tatiana (2002). O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. Revista Brasileira de Cancerologia, 48 (1), pp. 49-56.