UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Luiza Agostini

EVOLUÇÃO CLÍNICA AUTO REPORTADA PELOS PAIS DE CRIANÇAS QUE ADAPTARAM AO RECURSO DA VÁLVULA DE FALA

Porto Alegre
2022

Luiza Agostini

EVOLUÇÃO CLÍNICA AUTO REPORTADA PELOS PAIS DE CRIANÇAS QUE ADAPTARAM AO RECURSO DA VÁLVULA DE FALA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fonoaudiologia, da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, como requisito parcial para a Obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profª. Dra. Rafaela Soares Rech
Co-orientadora: Fga. Ma. Vanessa Souza Gigoski de Miranda

Porto Alegre

2022

Catalogação na Publicação

Agostini, Luiza
Evolução Clínica Auto Reportada Pelos Pais de Crianças que Adaptaram ao Recurso da Válvula de Fala / Luiza Agostini. -- 2019.
23 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Fonoaudiologia, 2019.

Orientador(a): Rafaela Soares Rech ; coorientador(a): Vanessa Souza Gigoski de Miranda .

1. Traqueostomia. 2. Criança. 3. Válvula de fala. 4. Deglutição. 5. Transtornos de deglutição. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais Clair Agostini e Alexandre Agostini por todo apoio, incentivo e amor. Nunca mediram esforços para me ver feliz e realizando meus sonhos. Sem vocês eu não seria nada. Obrigada por serem tão incríveis.

Um agradecimento especial às minhas orientadoras Rafaela Soares Rech e Vanessa Souza Gigoski de Miranda, que aceitaram estar comigo nessa etapa tão importante e desafiadora da graduação. Muito obrigada por toda disposição que tiveram comigo, pelas suas contribuições, ensinamentos, conselhos e incentivos. Obrigada por confiarem em mim. Vocês me inspiram.

Agradeço também às minhas amigas e colegas, que acabaram se tornando amigas tão especiais. Muito obrigada por estarem sempre ao meu lado, caminhando comigo nessa trajetória, dividindo momentos e recordações que jamais esquecerei. Vocês tornaram e tornam tudo mais fácil.

RESUMO

FUNDAMENTOS: A traqueostomia é preconizada na população pediátrica nos distúrbios de vias aéreas superiores e a sua indicação pode auxiliar no processo de desmame ventilatório, além de reduzir a internação hospitalar, a incidência de distúrbios respiratórios e de lesões pulmonares. Nestes casos, um dos recursos disponíveis é a válvula de fala, que influencia na biomecânica da deglutição, contribui no processo do desmame ventilatório e da decanulação, reduz o tempo de internação hospitalar, restaura a pressão sub glótica, promove a fonação e melhora a comunicação. Este estudo objetiva descrever o quadro clínico das crianças traqueostomizadas antes e após a adaptação da válvula de fala, através da percepção dos pais. MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo com amostragem por conveniência através de pesquisa online via REDCap. Participaram deste estudo pais de crianças traqueostomizadas ou decanuladas de até 6 anos e 11 meses. Análises descritivas foram realizadas. RESULTADOS: No total, participaram 96 pais de crianças traqueostomizadas, das quais 26 adaptaram a válvula de fala. Os pais relataram melhora no quadro de disfagia, na vocalização da criança e redução no número de aspirações endotraqueais. Além disso, descreveram melhora do quadro clínico geral da criança em 22 (84%) dos casos. CONCLUSÃO: Quando indicada, a adaptação da válvula de fala melhora a deglutição e facilita a produção normal da fonação. Assim, o dispositivo pode auxiliar na prevenção de pneumonia aspirativa e complicações nutricionais, assim como auxiliar no desenvolvimento da fala das crianças traqueostomizadas.

Palavras-chave: Traqueostomia; Criança; Válvula de fala; Deglutição; Transtornos de deglutição; Voz.

ABSTRACT

FUNDAMENTALS: Tracheostomy is recommended in the pediatric population in disorders of the upper airways and its indication can help in the process of weaning from ventilation, in addition to reducing hospital stay, the incidence of respiratory disorders and lung injuries. In these cases, one of the available resources is the speech valve, which influences the biomechanics of swallowing, contributes to the process of ventilatory weaning and decannulation, reduces hospital stay, restores subglottic pressure, promotes phonation and improves communication. This study aims to describe the clinical picture

of tracheostomized children before and after the speech valve adaptation, through the parents' perception. METHODS: Retrospective cohort study with convenience sampling through an online survey via REDCap. Parents of tracheostomized or decannulated children aged up to 6 years and 11 months, who had or had not adapted the speech valve, participated in this study. Descriptive analyzes were performed. RESULTS: In total, 96 parents of tracheostomized children participated, of which 26 adapted the speech valve. Parents reported improvement in dysphagia, in the child's vocalization and reduction in the number of endotracheal aspirations. In addition, they described improvement in the child's general clinical condition in 22 (84%) of the cases. CONCLUSION: When indicated, the adaptation of the speech valve improves swallowing and facilitates the normal production of phonation. Thus, the device can help prevent aspiration pneumonia and nutritional complications, as well as aid in the speech development of tracheostomized children.

Keywords: Tracheostomy; Child; Speech valve; Deglutition; Swallowingdisorders; Voice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....7
MÉTODOS.....8
RESULTADOS.....10
DISCUSSÃO.....15
CONCLUSÃO.....18
REFERÊNCIAS.....18

INTRODUÇÃO

A traqueostomia é preconizada em crianças com acometimento das vias aéreas superiores (1). As indicações mais comuns para o uso incluem a dependência prolongada de ventilação mecânica, resultante, em muitos casos, da prematuridade, de síndromes aspirativas e das doenças congênitas como a laringomalácia e a estenose de laringe (2,3). Além das principais indicações, o uso da traqueostomia auxilia no processo do desmame ventilatório, da redução da internação hospitalar, da incidência de pneumonia e das lesões pulmonares (4).

Embora a traqueostomia seja necessária em alguns agravos, resulta em alterações no processo fisiológico da deglutição e, em lactentes, pode comprometer o aleitamento materno (5). A presença da traqueostomia interfere na biomecânica da deglutição, impedindo o aumento da pressão subglótica e diminuindo a sensibilidade laríngea, podendo ocasionar a disfagia e, consequentemente, uma série de complicações respiratórias, além da desnutrição e da desidratação (6,7). Um dos recursos a ser utilizado nesses casos é a válvula de fala (8).

A válvula de fala é um dispositivo de plástico que se encaixa na extremidade das cânulas de traqueostomia e nos circuitos da ventilação mecânica. Ela possui um mecanismo unidirecional que pode ser usada para a restauração da pressão subglótica e a sensibilização laríngea. O ar inspirado entra pela traqueostomia e na expiração a válvula se fecha, permitindo que o ar se redirecione para as vias aéreas superiores visando a melhora na deglutição e a possibilidade de comunicação, auxiliando a sensibilização orofaríngea durante esse processo (7). Ademais, o uso da válvula pode reduzir secreções, o risco de penetração, aspiração do alimento nas vias aéreas inferiores e a possibilidade de acelerar o processo de decanulação da traqueostomia, acarretando um maior benefício na fala e no bem-estar da criança (9,10).

Visto isso, este estudo objetiva descrever o quadro clínico das crianças traqueostomizadas antes e após a adaptação da válvula de fala, através da percepção dos pais. Na literatura, os estudos mostram os benefícios da válvula na reabilitação dos pacientes adultos traqueostomizados. Entretanto, na população pediátrica, ainda são poucas as evidências científicas que avaliam os benefícios do desempenho da deglutição com o uso do dispositivo. Nesse sentido, serão analisados os desempenhos das funções

orais e a percepção dos pais quanto à evolução da criança após a adaptação da válvula de fala.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo ao qual um questionário online via plataforma REDCap foi disponibilizado para que pais de crianças traqueostomizadas ou decanuladas auto reportassem informações retrospectivas do nascimento da criança até o período posterior da adaptação da válvula de fala. A amostragem foi por conveniência. Os participantes foram convidados voluntariamente a participar da pesquisa através da ampla divulgação do estudo com um folder informativo nas mídias sociais pelas pesquisadoras, colaboradores e profissionais da área no período de 11 de outubro de 2021 até 01 de julho de 2022. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre sob parecer n°: 4.972.639. Todos os participantes aceitaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado para estimar a proporção de ocorrência do desfecho adaptação da válvula de fala com 15% de amplitude para o intervalo de confiança (com o acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas). O cálculo (utilizando o método de Wald) considerou nível de confiança de 95% e 44% de percentual esperado para adaptação da válvula de fala como referido em Sekioka (2020). Este cálculo foi realizado por meio da ferramenta PSS Health versão on-line (11). O tamanho total estimado foi de 169. Foram elegíveis ao estudo pais de crianças traqueostomizadas ou decanuladas, que adaptaram ou não a válvula de fala em uma faixa etária de até 6 anos e 11 meses.

O questionário elaborado pelas autoras foi proposto a partir de ampla discussão e, principalmente, a partir do embasamento teórico do Consenso Brasileiro de Traqueostomia em Crianças (12), artigos da área (6,13–15) e o perfil socioeconômico familiar referenciado pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2020 (16). Além disso, profissionais da área, entre eles, um cirurgião torácico, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga, todos especialistas na área, analisaram o questionário proposto e fizeram as suas sugestões. Após, foram realizados testes pilotos do preenchimento do questionário, com o familiar de uma criança traqueostomizada e testes internos entre as integrantes da pesquisa e colaboradores. A versão final do questionário

foi considerada apenas quando mais nenhum dos envolvidos tivessem sugestões para melhoria dele.

O questionário foi composto por cinco etapas, contendo 130 perguntas e com tempo médio de resposta de vinte e cinco minutos. Para este estudo, foram consideradas quatro etapas (perfil e situação familiar, perfil e condições clínicas da criança, informações sobre a traqueostomia e a adaptação da válvula de fala). As seguintes variáveis foram analisadas: regiões do Brasil (sudeste, sul, norte, nordeste e centro-oeste); escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo, curso técnico, mestrado ou doutorado); renda familiar em média (entre 1 a mil reais, 1 a 3 mil reais, 3 a 5 mil reais, 5 a 10 mil reais, 10 a 20 mil reais ou 20 a 100 mil reais); assistência hospitalar (convênio particular ou via Sistema Único de Saúde); diagnóstico clínico (alteração neurológica, alteração gastrointestinal, alteração de via aérea inferior, alteração pulmonar, alteração de via aérea superior e síndromes); motivo da traqueostomia (intubação prolongada, falha no processo de extubação, obstrução de via aérea superior e cirurgia na face/trauma e apneia); motivo da indicação da válvula de fala (auxiliar na decanulação, possibilidade de comunicação, melhora da deglutição e auxiliar no desmame da ventilação); quem indicou a válvula (fonoaudiólogo, médico ou fisioterapeuta); acompanhamento fonoaudiológico na adaptação (sim ou não); válvula foi adquirida (particular ou via Sistema Único de Saúde); sinais percebidos na criança na primeira colocação da válvula (desconforto respiratório, irritabilidade, choro, tentou arrancar, cianose, vocalização, sem alterações comportamentais, sudorese e palidez); aspirações endotraqueais antes da válvula; aspirações endotraqueais após a válvula; disfagia antes da válvula (sim ou não); disfagia após a válvula (sim ou não); vocalização antes da válvula (sim ou não); vocalização após a válvula (sim ou não); condições atuais da criança após a válvula (melhoraram, pioraram, não mudaram).

Os dados foram analisados descritivamente através das frequências brutas e relativas calculadas, assim como as medidas de dispersão média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartílicos. Todas as análises realizadas no RStudio (versão 1.1.383), um ambiente de desenvolvimento integrado utilizando o software estatístico R (versão 3.6.1).

RESULTADOS

Obteve-se no total 145 respostas, das quais 96 (66%) foram contabilizadas por terem realizado o preenchimento completo do questionário. Observa-se que a maior participação no estudo advém da região Sudeste 48 (50%), seguida da região Sul 32 (33%). O nível de escolaridade predominante foi o de ensino superior completo 34 (35%) e a renda foi de 1 a 3 mil reais em média por família 40 (41%). A assistência hospitalar, desde a internação, diagnóstico, tratamento e reabilitação ocorreram igualmente tanto pelo setor privado quanto pelo Sistema Único de Saúde.

Tabela 1 — Perfil familiar das crianças traqueostomizadas. Brasil, 2022. (n=96)

VARIÁVEL	**n (%)**
Regiões do Brasil	
Sudeste	48 (50%)
Sul	32 (33%)
Centro-Oeste	8 (8%)
Norte	4 (4%)
Nordeste	3 (3%)
Escolaridade do Responsável	
Ensino Superior Completo	34 (35%)
Ensino Médio Completo	23 (23%)
Ensino Superior Incompleto	17 (17%)
Ensino Fundamental/Médio Incompleto	12 (12%)
Mestrado ou Doutorado	5 (5%)
Curso Técnico	3 (3%)
Ensino Fundamental Completo	1 (1%)
Sem escolaridade	1 (1%)
Renda (em média) familiar	
1 a 3 mil reais	40 (41%)
5 a 10 mil reais	22 (22%)
Entre 1 a mil reais	14 (14%)
3 a 5 mil reais	12 (12%)
10 a 20 mil reais	4 (4%)
20 a 100 mil reais	4 (4%)
Assistência hospitalar	
Convênio Particular	48 (50%)

Sistema Único de Saúde (SUS)	48 (50%)

Na tabela 2, observa-se a descrição das condições clínicas das crianças com traqueostomia. O questionário possibilitava a múltipla escolha do diagnóstico clínico do filho, mostrando a presença da multimorbidade. Das 96 crianças, pelo menos 48 (50%) delas foram internadas por alterações de vias aéreas inferiores, seguido de alterações neurológicas 31 (32%). Os principais motivos pela colocação da traqueostomia, também possíveis de serem descritos de maneira múltipla, foram a intubação prolongada em 42 (43%) e a falha no processo de extubação em 34 crianças (35%).

Tabela 2 — Condições clínicas das crianças com traqueostomia. Brasil, 2022. (n=96)

VARIÁVEL	**n (%)**
Diagnóstico Clínico	
Alteração de vias aéreas inferiores	48 (50%)
Alteração neurológica	31 (32%)
Alteração gastrointestinal	18 (18%)
Síndromes	18 (18%)
Alteração pulmonar	16 (16%)
Alteração de vias aéreas superiores	13 (13%)
Motivo da traqueostomia	
Intubação prolongada	42 (43%)
Falha no processo de extubação	34 (35%)
Obstrução de vias aéreas superiores	28 (29%)
Apneia	5 (5%)
Cirurgia de face/trauma	1 (1%)

Das 96 crianças traqueostomizadas, 26 (38%) delas adaptaram a válvula de fala. Os dados da tabela 3 mostram os principais diagnósticos clínicos das crianças que foram indicadas ao uso do dispositivo, sendo a alteração neurológica 18 (69%) e de via aérea inferior 13 (50%) os mais comuns. O principal motivo da indicação foi para auxiliar na decanulação da traqueostomia, em 19 (19%) casos, sendo que 20 (76%) foram adquiridas de maneira particular. O fonoaudiólogo foi o principal profissional responsável pela indicação da válvula de fala, em 15 (57%) dos casos, e acompanhou em 24 (92%) das adaptações. Ainda de acordo com a tabela 3, na primeira colocação, os principais sinais

observados pelos pais nas crianças foram o desconforto respiratório 16 (16%), a irritabilidade 15 (15%), o choro 14 (14%) e a tentativa de arrancar o dispositivo 14 (14%).

Tabela 3 — Diagnóstico clínico, motivo da indicação da válvula de fala, quem indicou e sinais percebidos nas crianças que adaptaram. Brasil, 2022. (n=26)

VARIÁVEL	n (%)
Diagnóstico clínico das crianças que adaptaram a válvula de fala	
Alteração neurológica	18 (69%)
Alteração de via aérea inferior	13 (50%)
Alteração de via aérea superior	5 (19%)
Alteração gastrointestinal	5 (19%)
Alteração pulmonar	2 (7%)
Motivo da indicação	
Auxiliar na decanulação	19 (19%)
Possibilidade de comunicação	17 (17%)
Melhora da deglutição	17 (17%)
Auxiliar no desmame da ventilação	3 (3%)
Quem indicou a válvula	
Fonoaudiólogo	15 (57%)
Médico	8 (30%)
Fisioterapeuta	3 (11%)
A válvula foi adquirida via	
Particular	20 (76%)
Sistema Único de Saúde (SUS)	6 (23%)
Acompanhamento fonoaudiológico na adaptação	
Sim	24 (92%)
Não	2 (7%)
O que foi percebido na criança após a primeira colocação da válvula	
Desconforto respiratório	16 (16%)
Irritabilidade	15 (15%)
Choro	14 (14%)
Tentou arrancar	14 (14%)
Cianose	5 (5%)

Vocalizou	5 (5%)
Não apresentou alterações comportamentais	5 (5%)
Sudorese	4 (4%)
Palidez	1 (1%)

Os gráficos abaixo mostram a evolução clínica das crianças antes e depois da adaptação da válvula de fala. A descrição da frequência de aspirações endotraqueais durante o período da noite revela que a maioria foi reduzida para nenhuma após o uso do dispositivo. O total de 15 (60%) das crianças possuíam o diagnóstico de disfagia antes do uso válvula de fala. Essa porcentagem foi reduzida para 7 (24%) após a adaptação. Quanto às vocalizações, essa porcentagem aumentou para 20 (77%) das crianças que passaram a vocalizar após a adaptação. De acordo com os responsáveis, 22 (84%) das crianças que foram aptas ao uso da válvula de fala e adaptaram, melhoraram suas condições. Atualmente, 21 (80%) das crianças ventila com ar ambiente e 15 (57%) se alimentam via oral e 15 (57%) por gastrostomia. A tabela ainda mostra que 7 (26%) das crianças que foram adaptadas, decanularam e em 3 (11%) utilizaram a válvula de fala como método de oclusão da traqueostomia antes da decanulação.

Gráfico 1 – Frequência de aspirações endotraqueais durante a noite. Brasil, 2022. (n=16).

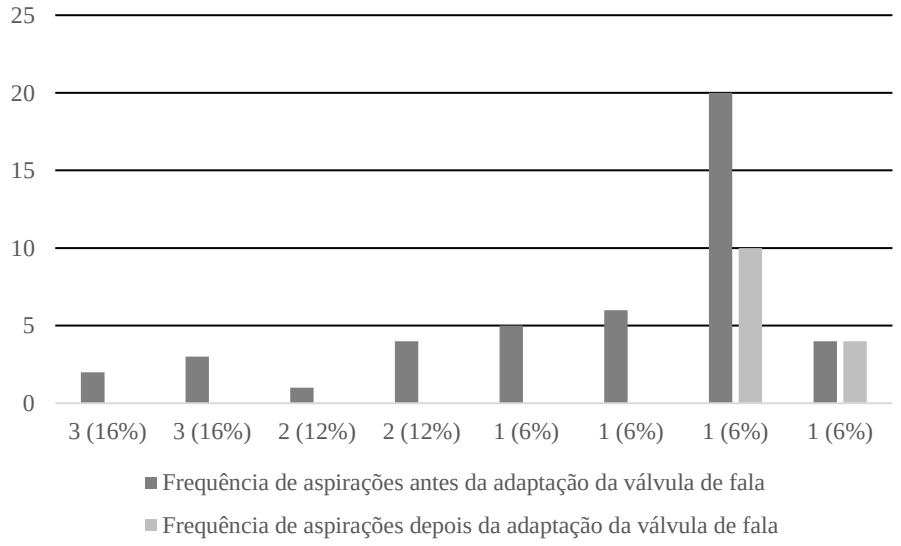


Gráfico 2 – Diagnóstico de disfagia antes e depois da adaptação da válvula de fala. Brasil, 2022 (n=26).

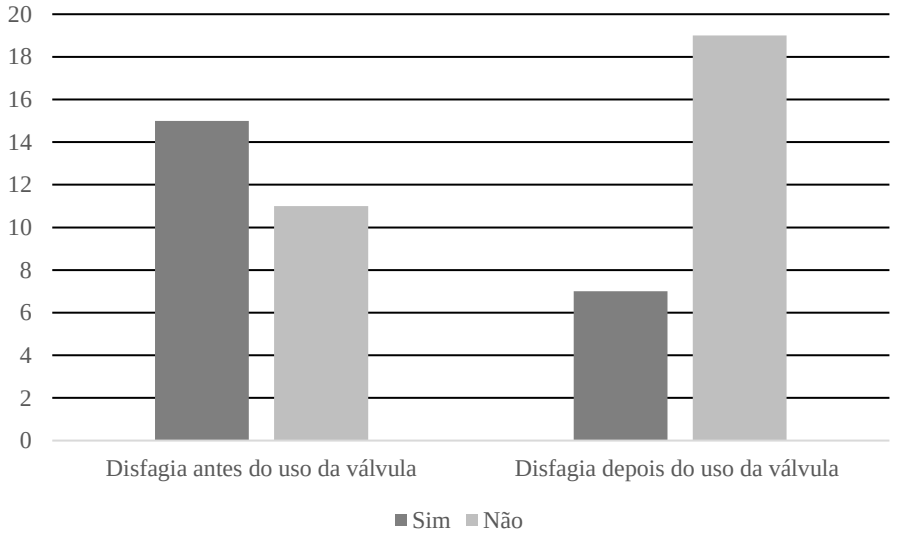


Gráfico 3 – Vocalização antes e depois da adaptação da válvula de fala. Brasil, 2022 (n=26).

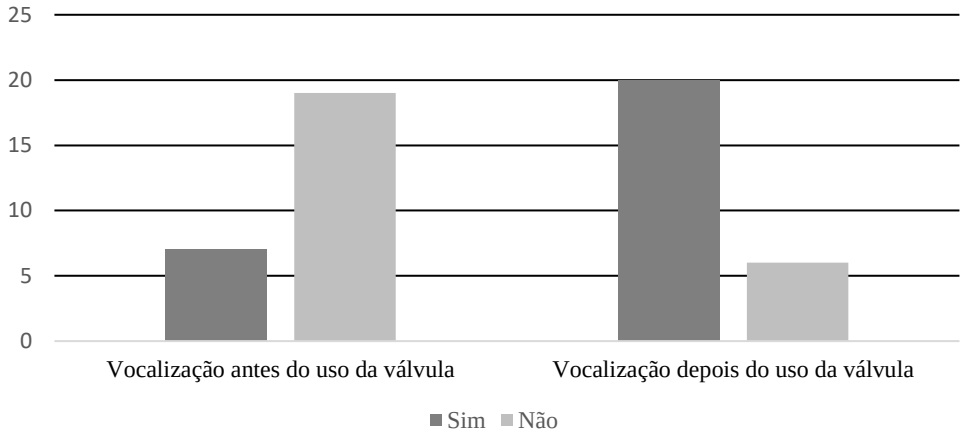


Gráfico 4 – Condições atuais das crianças após a adaptação da válvula de fala. Brasil, 2022 (n=26).

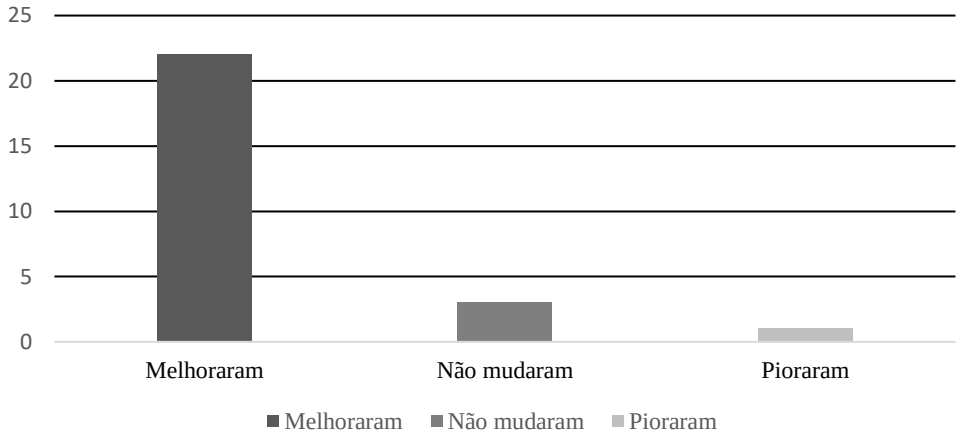
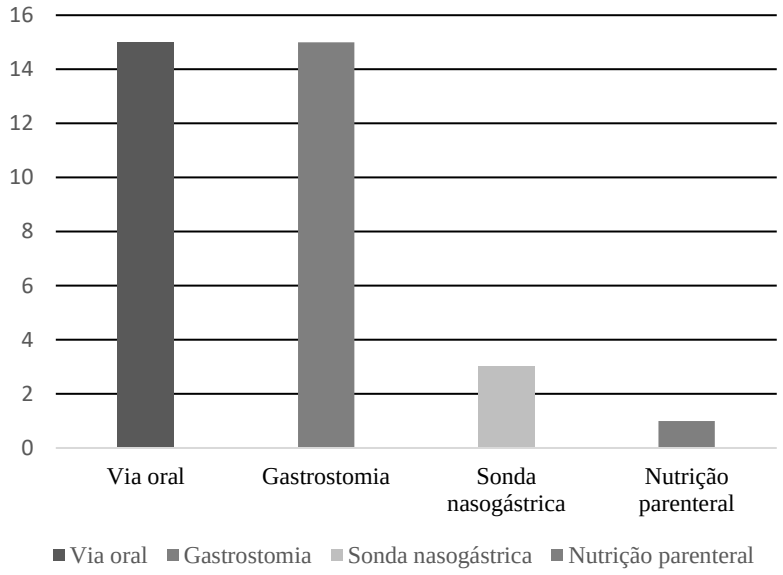


Gráfico 5 – Via de alimentação atual da criança (no momento da entrevista). Brasil, 2022 (n=26).



DISCUSSÃO

Os pais das crianças auto relataram que as condições clínicas dos filhos melhoraram após a adaptação da válvula de fala, principalmente em relação a vocalização e no quadro de disfagia. Este recurso mostrou-se um importante dispositivo para a melhora da saúde e para a adequada reabilitação das crianças traqueostomizadas. As válvulas de fala ainda são disponíveis em poucas unidades de internação, visto que em grande parte das adaptações, as famílias necessitam adquirir o dispositivo de forma privada. Além disso, é necessário que exista uma equipe multiprofissional no ambiente de internação para acompanhar a criança em todo o processo. Assim, esforços precisam ser direcionados para garantir o acesso e adequada adaptação.

O processo de decanulação da traqueostomia possibilita a melhora nas funções orais, incluindo a possibilidade de alta hospitalar e um melhor conforto do paciente. Assim, uma das alternativas de acelerar esse processo é com o uso das válvulas fonatórias (17,18). Fato observado no presente estudo, no qual descreve a decanulação como um dos principais motivos para a indicação da válvula de fala. Além disso, os resultados mostraram a diminuição das aspirações endotraqueais após a adaptação da válvula de fala durante a noite, reforçando os achados de Lima et al (2021), que mostraram a redução na produção de secreções e, consequentemente, redução das aspirações endotraqueais da traqueostomia (5).

A adaptação da válvula fonatória permite a restauração de um sistema respiratório fechado, favorecendo a sua fisiologia normal de fluxo aéreo e restabelecendo assim a pressão subglótica adequada para as pregas vocais e para as vias aéreas superiores, permitindo a vocalização (19). Situação descrita no presente estudo, com aumento da vocalização das crianças após a adaptação. Da mesma forma, observou-se que o uso das válvulas de fluxo unidirecional, retomam as funções de deglutição, resultando em um melhor gerenciamento de secreção e do reflexo de tosse, que é mais eficaz devido ao sistema fechado, que no momento da expiração evita o escape de ar pela válvula e, assim, diminuindo risco de disfagia (20). O estudo de Greene et al., 2019, entrevistou 22 pais de crianças que adaptaram a válvula de fala e 17 deles, sentiram que seu filho havia progredido na comunicação e no manejo das secreções desde a introdução da válvula. Além disso, 15 dos 19 entrevistados relataram que sentiram que o uso trouxe um impacto positivo na criança e 14 descreveram um impacto positivo na família (23).

Os primeiros sinais observados nas crianças estudadas, após a adaptação da válvula, foram o desconforto respiratório, a irritabilidade, o choro, a vontade de arrancar o dispositivo e a vocalização. Situações também descritas no estudo de Buckland et. al (2012) que analisou 10 prontuários de crianças dependentes de traqueostomia, que adaptaram a válvula de fala e observou os seguintes sinais: tosse, prender a respiração, uso de exalações forçadas para expelir a válvula e em alguns casos a vocalização imediata. Os sinais de desconforto podem ser explicados pela alta pressão transtraqueal, medida pelo manômetro no momento da expiração (21). Verificar a possibilidade de ajustes na válvula de fala para aliviar a pressão e a disposição da família para monitorar a criança diariamente nas horas de adaptação, possibilita uma estabilização dos sinais clínicos. Cho Lieu et. al. (1999) afirma em sua pesquisa que bebês menores de 12 meses precisam de um tempo maior de adaptação, em comparação com crianças maiores de 5 anos (24).

A presença do fonoaudiólogo, tanto no momento da indicação da válvula, quanto no processo de adaptação e reabilitação da criança mostrou-se fundamental. Buckland et. al (2012) descreve a importância do fonoaudiólogo na avaliação regular das crianças e na utilização de métodos para atingir a duração alvo do uso da válvula até que as crianças possam tolerá-las por todas as horas de vigília. Um estudo de Jerez (2019) mostra que pacientes em uso da válvula de fala, possuem um maior sucesso de ganho de força muscular para serem trabalhadas em reabilitação fonoaudiológica, restabelecendo assim

as funções orais. Além disso, a fonoterapia auxilia na fase preparatória da deglutição, com propostas terapêuticas de estimulação sensório motora orofacial, com a utilização de exercícios diretos e indiretos, visando a melhora na força, mobilidade e sensibilidade das estruturas envolvidas nesse processo, podendo assim despertar novamente o interesse da criança pela comida e a possibilidade de retorno de uma alimentação por via oral de forma mais segura (22).

Das crianças que não adaptaram a válvula de fala, o principal motivo relatado pela família foi por não terem conhecimento sobre o dispositivo e não ter sido apresentado pelos profissionais da saúde. Condição que pode ser explicada pela falta de conhecimento da própria equipe, como relata uma pesquisa de Abreu et. al (2022), que teve por objetivo analisar qual era o entendimento acerca da válvula de fala de uma equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Mais da metade dos entrevistados relataram conhecer mais ou menos, pouco e nem um pouco sobre a válvula de fala. Da mesma forma sobre o manuseio, relataram entender mais ou menos, pouco e nem um pouco. Ou seja, o estudo conclui que, em sua maioria, os profissionais demonstram conhecimento insuficiente sobre a válvula de fala, sendo necessário o treinamento da equipe, garantindo que mais crianças possam adaptá-las quando indicada e um manuseio adequado, permite que a criança tenha uma experiência positiva, melhorando sua qualidade de vida e a da família (25).

A presente pesquisa apresenta limitações. O auto relato dos pais dificulta a acurácia nas respostas, assim como pode ser influenciado pelo viés de memória, visto que, nem todos possuem conhecimento dos termos citados ou dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional, assim como podem ter esquecido dos procedimentos e/ou situações realizadas com a criança. Outro fator limitante é o tamanho amostral estudado, que não atingiu o tamanho amostral calculado, provavelmente, devido ao público-alvo ser altamente específico e haver poucos meios de divulgação para a população. Além disso, o questionário aplicado não é validado. Apesar das limitações, há poucos estudos na literatura que trazem os benefícios da válvula de fala para a população pediátrica e os que descrevem a evolução dos pacientes. Além disso, os estudos apresentam amostras pequenas. Assim, ressalta-se a importância deste estudo, contribuindo para um melhor conhecimento entre os profissionais da saúde e famílias, descrevendo os efeitos da válvula de fala na reabilitação de crianças que tenham a indicação de uso. De toda forma, há uma

escassez de estudos na área, sendo necessário desenvolver mais pesquisas para que exista uma prática baseada em evidências.

CONCLUSÃO

Conclui-se que quando indicada, a colocação da válvula de fala é considerada uma prática para melhorar a capacidade de deglutição, a diminuição do número de aspirações endotraqueais e facilitar a produção normal da fonação, e assim, apoiar o desenvolvimento da fala da criança. Com isso, é de suma importância que haja uma equipe multiprofissional capacitada desde o momento da avaliação deste público.

REFERÊNCIAS

1. Pereira KD, MacGregor AR, Mitchell RB. Complications of neonatal tracheostomy: A 5-year review. Otolaryngol - Head Neck Surg. 2004;131(6):810–3.

2. Douglas CM, Poole-Cowley J, Morrissey S, Kubba H, Clement WA, Wynne D. Paediatric tracheostomy-An 11 year experience at a Scottish paediatric tertiary referral centre. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2015;79(10):1673–6. Availablefrom: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.07.022

3. Zanata I de L, Santos RS, Marques JM, Hirata GC, dos Santos DA. Speech-language pathology assessment for tracheal decannulation in patients suffering from traumatic brain injury. Codas. 2016;28(6):710–6.

4. Pasini RL, Fernandes YB, Araújo S, Soares SM de TP. [The influence of early tracheostomy in the weaning of patients with severe traumatic brain injury]. Rev Bras Ter intensiva. 2007;19(2):176–17681.

5. Lima JA da C de Collet N, Baggio MA, Almeida AM de. Aleitamento materno na experiência de mães de crianças traqueostomizadas e o uso da válvula Passy-Muir®. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Aug 24];25(3):2021. Available from: http://www.scielo.br/j/ean/a/xK3jXTVywJF45XQGvTyngWP/?lang=pt

6. Andrade PA, Santos CA dos, Firmino HH, Rosa C de OB. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. 2018;

7. Levy, Deborah Salle; Almeida ST. Disfagia Infantil. 1º. Revinter T, editor. 2018:73-78.

8. Barros, A. P. B., Portas, J. G., & Queija, D. S. (2009). Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 38(3), 202-7.

9. Picinin IF de M, Bittencourt PFS, Bié IMG, Tavares LAF, Mesquita TCL, Lopes AM, et al. A multidisciplinar team based model of assistance for children with tracheostomy. Rev Médica Minas Gerais. 2016;26(Supl 6):19–26.

10. Rocha B da S, Soto ADB, Oliveira TCB de, Freitas WMBVC de. Benefícios Da Válvula De Restabelecimento De Pressão Subglótica Em Pacientes Adultos Traqueostomizados Do Hospital Municipal De Foz Do Iguaçu / Benefits of the Subglottic Pressure Restoration Valve in Adult Tracheostomized Patients At the Municipal Hospit. Brazilian J Dev. 2020;6(9):71937–43.

11. Borges RB, Mancuso ACB, Camey SA, Leotti VB, Hirakata VN, Azambuja GS, et al. Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. ClinBiomed Res. 2021;247–53.

12. Avelino MAG, Maunsell R, Valera FCP, Lubianca JF, Schweiger C, Miura CS, et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP)☆, ☆☆. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2021 Aug 24];83(5):498–506. Available from: http://www.scielo.br/j/bjorl/a/fk9FVgpDRHJvmKWL8KgJhFc/?lang=en

13. Medeiros GC de Sassi FC, Lirani-Silva C, Andrade CRF de. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. CoDAS [Internet]. 2019 Dec 2 [cited 2021 Aug 24];31(6). Available from:

http://www.scielo.br/j/codas/a/9dBvvJRFtqxSttxFz6hyzkx/?lang=pt

14. Santana L, Fernandes A, Brasileiro ÂG, Abreu AC. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. Rev CEFAC [Internet]. 2014 Apr [cited 2021 Aug 24];16(2):524–36. Available from: http://www.scielo.br/j/rcefac/a/cBv33VztbWzCFVv449tkNDm/?lang=pt

15. Itamoto CH, Lima BT, Sato J, Fujita RR. Indicações e complicações de traqueostomia em crianças. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 11];76(3):326–31. Available from: http://www.scielo.br/j/bjorl/a/JcNvh8h85dbgDWvtrvBQ9gt/abstract/?lang=pt

16. Censo Demográfico IBGE. Questionário Amostra 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://www.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/bd918f26b77d18d86c251e7b1f7c1a70.pdf

17. Costa CC, Favero TC, Rosa FB da, Steidl EM dos S, Mancopes R. Decanulação: atuação fonoaudiológica e fisioterapêutica. Distúrb comun [Internet]. 2016;28(1):93–101. Available from: http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/22714/19274

18. Sutt AL, Cornwell P, Mullany D, Kinneally T, Fraser JF. The use of tracheostomy speaking valves in mechanically ventilated patients results in improved communication and does not prolong ventilation time in cardiothoracic intensive care unit patients. J CritCare. 2015 Jun 1;30(3):491–4.

19. Jerez MA da S. A importância da válvula de fala e deglutição nos pacientes traqueostomizados em UTI. Revista Científica Multidiscipinar. 2019;(8):17–27.

20. Zabih W, Holler T, Syed F, Russel L, Jennifer; A, Amin R. The Use of Speaking Valves in Children With Tracheostomy Tubes. RespirCare [Internet]. 2017;62(12):1594–601. Available from: https://rc.rcjournal.com/content/62/12/1594/tab-pdf

21. Brigger MT, Hartnick JC. Drilling speaking valves: A modification to improve

vocalization in tracheostomy dependent children. Laryngoscope [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2022 Oct 11];119(1):176–9. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lary.20077

22. Hirata GC, Santos RS. Rehabilitation of oropharyngeal dysphagia in children with cerebral palsy: A systematic review of the speech therapy approach. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012;16(3):396–9.

23. Greene ZM, Mcnally P, Davenport J, Fitzgerald S, Russell JD. Tracheostomy speaking valve modification in children: A standardized approach leads to widespread use. Jounral Pediatr Pulmonol. 2019;(January 2018):1–8.

24. Cho Lieu JE, Muntz HR, Prater D, Stahl MB. Passy-Muir valve in children with tracheotomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999;50(3):197–203.

25. Abreu AP dos S, Mendonça XMFD, Ávila PES, Nunes HH de M. View of Assessment of the level of knowledge of the multiprofessional team about the use of the speech valve in tracheostomized children. Res Soc Dev [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21];11. Available from: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31409/26797